PROTOKÓŁY POSIEDZEŃ

TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO ŁÓDZKIEGO

ZA 1929 i 1930 R.

Towarzystwo lekarskie łódzkie.

Protokół posiedzenia z dnia 16 stycznia 1929 roku.

1) Dr. Keilson wygłosił odczyt: *„Nacieczenia wczesne jako objaw początkowy suchot płucnych“* z pokazem Roentgenogramów.

W dyskusji nad odczytem zabierali głos:, Kol. Sterling, Reiterowski, Margolisowa i Tenenbaum. Kol. Sterling zaznacza, że wszyscy okres nacieczenia nie ma składników serowacenia, może dlatego odczyn Biernackiego jest normalny, dwa przypadki kol. Keilsona, kiedy objawy nacieczenia wystąpiły po minięciu objawów rozpoznanych jako objawy duru brzusznego, co później okazało się rozpoznaniem mylnem, przypominają obraz kliniczny *typhobacillosis Landouzy'ego.*

Kol. Reiterowski, na podstawie piśmiennictwa, jest zdania, że ilość stwierdzonych nacieczeń wczesnych jest nieznaczna. Podkreślić należy niebezpieczeństwo szybkiego szerzenia się sprawy gruźliczej z nacieczeń wczesnych, dlatego też nie należy zaniedbywać zastosowania odmy sztucznej, w razie stwierdzenia tendencji rozwojowej ogniska. Kliniczne ognisko wczesne daje objawy podobne do grypy; Kol. Reiterowskiemu udało się zapomocą systematycznego korzystania z prześwietlania przypadków pogrypowych stwierdzić wśród 25 chorych po grypie jeden przypadek wczesnego nacieczenia.

Kol. Margolisowa przytacza dwa przypadki nacieczeń podobojczykowych u dzieci, które spostrzegała przed kilku laty w szpitalu Anny Marji.

Protokół posiedzenia z dnia 23 stycznia 1929 roku.

1) Kol. Seweryn Sterling wygłosił odczyt: *„O zakresie higjeny socjalnej“.* (Rzecz przeznaczona do druku).

Protokół posiedzenia z dnia 6 lutego 1929 roku.

1) Kol. Grunberg: wygłosił odczyt: *„Schorzenia mięśnia sercowego a przyczyny niewydolności w krążeniu“.* W mięśniu sercowym odróżniamy zmiany zapalne rozmiękczynowe i zwyrodnienia. *Myocarditis acuta* występuje przeważnie w przebiegu ostrych chorób zakaźnych, jako *myocarditis parenchymatosa* z przewagą zmian degeneracyjnych i *m. interstitialis* z przewagą zmian zapalnych wysiękowych. Do pierwszej postaci zaliczamy przedewszyst-

kiem — *myocarditis diphteritica*, które występuje w 15—20% przypadków. Klinicznie: bladość powłok, tętno przyspieszone, miękkie, ciśnienie obniżone, niekiedy rozstrzeń sercowa. Typową postacią *myocarditis interstitialis* jest *myocarditis rheumatica* przy reumatyźmie stawowym. Aschoff opisał przy tej postaci charakterystyczne guzki zapalne w mięśniu sercowym dookoła naczyń składające się z limrocytów i komórek plazmatycznych, usadawiające się pod osierdziem w przebiegu włókien układu specyficznego. Przy reumatyzmie stawowym i błonicy mamy bardzo mało objawów klinicznych, przemawiających za schorzeniem mięśnia sercowego i często nie wiemy czy objawy te są wyrazem zaatakowania samego mięśnia sercowego, czy też wyrazem porażenia ośrodka naczyniowego, uszkodzenia nerwów, regulujących czynność serca i naczyń, obniżonego ciśnienia, wysokiej temperatury i wyczerpania siły nerwowej serca, a więc czynników pozasercowych czynnościowych.

Myocarditis chronica. Romberg i Kuhl podkreślają częstość występowania *m. chronica;* anatomicznie: blizny zapalne; klinicznie: objawy anginy *pectoris i arhythmia perpetua*. Większość autorów nie uważa tych objawów za wyraz *myocarditis chronica* i jest zdania, że jest to schorzenie rzadkie, najczęściej występujące po gośćcu stawowym. Aschoff twierdzi, że większość blizn w mięśniu sercowym jest pochodzenia nie zapalnego, lecz sklerotycznego.

Myodegeneratio cordis: rozpoznanie, którem dziś niesłusznie oznacza się stany niedomogi mięśnia sercowego u osobników, u których jest ono skutkiem najrozmaitszych schorzeń poza-sercowych: nerkowych, płucnych i t. d. Anatomicznie stwierdza się nieznaczne zmiany degeneracyjne, które są dziś uważane, jako skutek osłabienia siły serca, a nie za jego przyczyną. Najczęściej występuje przy niedokrwistości złośliwej, intoksykacjach (fosfór, arsen). Klinicznie *myodegeneratio cordis* daje zbyt skąpe objawy, aby można się było na nich opierać. Głuche tony i nieregularne tętno przeważnie zawodzą.

Myomalacja m. cordis — częste i ważne schorzenie mięśnia sercowego. Przyczyna: stwardnienie naczyń wieńcowych. Anatomicznie: blizny po zawałach anemicznych, nieraz tętniaki. Klinicznie: objawy *anginae pectoris*, niedomoga mięśnia sercowego. Krzywa elektrokardjograficzna.

Nieraz pomocne są nam dla rozpoznania cierpienia mięśnia sercowego niektóre postacie zaburzenia rytmu. Przedłużenie przewodnictwa w postaci bloku przy dyfterycie i reumatyźmie stawowym są nieraz pochodzenia organicznego. Blok przy sklerozie naczyń wieńcowych i zmianach syfilitycznych. Extrasystole nie ma większego znaczenia.

Arthythmia perpetua nieraz występuje przy sklerozie naczyń wieńcowych — objaw, który nie stoi w związku z określonemi zmianami anatomicznemi w mięśniu sercowym.

Rytm cwałowy ma pewne znaczenie djagnostyczne przy *myocarditis acuta i myomalacja m. cordis.*

za ostateczną przyczynę niedomogi w krążeniu szkoła lipska upatrywała zmiany w mięśniu sercowym. Aschoff przyczynę niewydolności w krążeniu widzi w przeszkodach pozasercowych, przedstawiających stały i postępujący opór dla pracy mięśnia sercowego. Eppinger przenosi punkt ciężkości niedomogi w krążeniu na wadliwą przemianę materji, odbywającej się w mięśniach obwodowych u osobników ze sercem nieskompensowanem; przyczyną osłabienia w krążeniu ma być zakwaszenie krwi. Na zakończenie prelegent podkreśla wielkie trudności przy rozpoznawaniu schorzeń mięśnia sercowego i zbyt częstą djagnozę *myocarditis chronica imyodegeneratio m. cordis.*

W dyskusji zabierali głos koledzy: Frenkiel, Bender, Weinberg, Jelenkiewicz i Gliksman.

Kol. Frenkiel wspomina, że węzełki Aschoffa stwierdzono w mięśniu sercowym po przebytej pląsawicy, jako wyraz zapalnego nacieczenia. Rozgraniczenie pojęć zapalenie i zwyrodnienie nastręcza trudności, obecność nacieczeń nie może być podstawą dla stwierdzenia stanu zapalnego, ponieważ nacieczenia mogą powstać wtórnie po zwyrodnieniu. Chyba tylko nacieki dookoła naczyniowe mówią o przebytej sprawie zapalnej. Sprawy zapalne w mięśniach zachodzą zapewne nie często. Niełatwo też zrozumieć powstanie *myocarditis acuta* w błonicy, w której przywykliśmy uważać toksony za czynnik uszkadzający narządy. W wieku starszym głuche tony wraz z niskiem parciemkrwi mogą wystarczyć do rozpoznania *myodegeneratio,* o ile wykluczymy inne przyczyny obniżenia ciśnienia (wewnątrz wydzielnicze, porażenie naczyń obwodowych).

Kol. Bender mówi, że schorzenia mięśnia sercowego zachodzą u ludzi starszych głównie w postaci myomalacji przy sklerozie naczyń wieńcowych. Dowodem myomalacji jest*pulsus alternans.* To samo rozpoznanie pozwala postawić rytm cwałowy, stwierdzony w późnym wieku. Mówi też o znaczeniu ucisku na n. błędny i o wrażliwości brodawki na ukłucie szpilką.

Kol. Weinberg stwierdza, że przy migotaniu przedsioków w wielu przypadkach sekcyjnie stwierdzono zmiany organiczne w prawym przedsionku. *Pulsus alternans* ma wielkie znaczenie dla rozpoznania i rokowania; rytm cwałowy wskazuje na ciężkie schorzenie mięśnia sercowego. Dla rozpoznania mają duże znaczenie badania elektrokardjograficzne.

Protokół posiedzenia seminaryjnego z dnia 20 lutego 1929 roku.

1) Kol. P. Klinger wygłosił odczyt *„Nowoczesny stan wiedzy o niemocy płciowej".* (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusji nad odczytem zabierali głos kol.: N. Goldblum i Frenkiel.

Kol. Goldblum zwraca uwagę, że być może przyczyną zmniejszania się liczby urodzeń jest nie zwiększająca się niemoc u mężczyzn, jak stwierdza prelegent, lecz przyjęty obecnie w małżeństwach system jednego lub dwojga dzieci.

Kol. Frenkiel podkreśla rolę przysadki dla rozwoju płciowego (stany po nagminnem zapaleniu mózgu, nowotwory) i zaznacza, że pomimo badań anatomo - patologicznych i doświadczalnych nie jest ustalone, czy chodzi o zniesienie czy o wzmożenie czynności tego gruczołu. Przypomina mimochodem, że Kartezjusz właśnie w tym tworze lokalizował duszę. Niemoc płciowa występuje czasami jako wczesny objaw cierpienia organicznego np. stwardnienia rozsianego. W jednym przypadku niemoc u inteligentnego neurastenika wyprzedziła o kilka lat objawy *sclerosis multiplex;* nie podobna rozstrzygnąć czy była ona w tym wypadku objawem rdzeniowym, czy psychopochodnym. W tak zwanej impotencji psychicznej większość objawów możnaby tłómaczyć przy pomocy pojęcia odruchów warunkowych. Sądzi, że niejednokrotnie cierpienie to jest wyrazem ukrytego homoseksualizmu. Masturbacja działa przeważnie na drodze psychicznej, rzadziej chyba przez niezupełnie udowodnione zmiany w *colliculus seminalis.* W kilku przypadkach widział po zabiegach przypalania *colliculus* — po czasowej poprawie — nawroty niemocy; przypuszcza, że zabieg ten czasami działa jako pewna forma sugestji. Duże trudności w ujęciu patogenetycznem przyczyniają w praktyce przypadki *eiaculatio precox* (stosowanie środków uspokajających czy podniecających?). Wspomina o *eiaculatio tarda.*

Protokół posiedzenia z dnia 6 marma 1929 roku.

1) Kol. Załęski wygłasza referat *o epidemjologji i bakterjologji grypy.*

2) Kol. Rueger mówi o *trudności ustalenia kardynalnych objawów grypy,* wobec jej wielopostaciowości, o często spostrzeganych przypadkach grypy przewlekłej i jej objawach; zatrzymuje się dłużej nad długotrwałą rekonwalescencją po grypie i proponuje dyskusję nad przyczyną tych stanów pogrypowych i ich leczeniem; wreszcie wspomina o obrazie hematologicznym przy grypie.

3) Kol. Tennebaum twierdzi na zasadzie danych statystycznych, dotyczących obecnej epidemji grypy w Łodzi, że zarówno nasilenie jej jak i śmiertelność były minimalne; następnie przytacza wszystkie postacie, w jakich grypa występuje i omawia istniejące teorje, dotyczące etjologji grypy.

4) Kol. Mogilnicki przypomina, że obecna epidemja grypy zjawiła się zaledwie już w sześć miesięcy po epidemji, jaką obserwowaliśmy w Łodzi w maju i czerwcu zeszłego roku i cechowała ją znacznie większa gwałtowność i zaraźliwość specjalnie u dzieci w wieku przedszkolnym i młodszych klas. Przebieg epidemji był naogół mało złośliwy; im młodsze jednak było dziecko, tem częściej zdarzały się powikłania, mniej lub więcej poważne. A więc u niemowląt śmiertelne zapalenia oskrzelików, odoskrzelowe za-

palenie płuc, ropne zapalenia opłucnej ,zapalenia środkowego ucha niekiedy z następczym *mastoiditis*. Często na początku choroby stwierdzał u niemowląt i małych dzieci drgawki, jako równoważnik dreszczy u starszych dzieci. Choroba przebiegała przeważnie wśród objawów nieżytowych, często do złudzenia przypominających początek odry, nierzadko jednak przebieg przypominał dur brzuszny z wzdęciem brzucha i powiększeniem śledziony. Spostrzegał często zaburzenia żołądkowo - kiszkowe, czasem nawet objawy krwawej biegunki — jednocześnie z nieżytem dróg oddechowych. U starszych dzieci spostrzegał niejednokrotnie żółtaczkę. Prócz uporczywości przebieku stwierdza bardzo często nawroty choroby. Wreszcie stwierdzał ujemny wpływ grypy na dzieci z gruźlicą utajoną. Dotyczyło to szczególnie małych dzieci, które często po grypie dostawały gruźliczego zapalenia opon mózgowych.

5) Kol. Czaplicki mówi o częstem *powikłaniu grypy u dzieci zapaleniem ucha środkowego* o przebiegu naogół łagodnym i przeważnie bez zajęcia wyrostka sutkowego.

6) Kol. Grojecki referuje dane statystyczne, dotyczące przebiegu obecnej grypy w Łodzi, opracowane na materjale łódzkiej Kasy Chorych.

W dyskusji zabierali głos kol.: Schweig, J. Kon, Frenkiel, Żurkowski, Sterling i Załęski.

Kol. Frenkiel nie widział podczas obecnej epidemji grypy wyraźnych, klasycznych zespołów jak np. *polineuritis, meningitis, encephalitis,* któreby mógł powiązać bezpośrednio z grypą, owszem przypuszcza, że prawie w każdym przypadku grypy można znaleść pewne objawy ze strony układu nerwowego, najczęściej neuralgje może neuryty. Na podstawie swojej obserwacji nie może potwierdzić spostrzeżenia kol. Tenenbauma o zwiększaniu się ilości porażeń nerwu twarzowego lub nerwo - bólów nerwu 5-go. W kilku przypadkach po kilkudniowej grypie obserwował stany lękowe i niepokój nie długo trwające. Spostrzegał też w czasie epidemji dwa przypadki psychozy okresowej, przebiegające z wysoką ciepłotą do 39°, jeden z nich zakończył się śmiertelnie, bez objawów zapalenia mózgu. Grypa często występowała jako treść fobji. W 3 przypadkach u osobników powyżej lat 50 obserwował ataki dusznicy bolesnej, które inaugurowały grypę. Zapytuje, czy na ciężki przebieg grypy z przed 10-ciu laty nie był bez wpływu stan ogólnego wyczerpania, obserwowany bezpośrednio po wielkiej wojnie.

Na zakończenie kol. Ebin demonstruje przypadek *ciąży zamacicznej*.

Protokół posiedzenia z dnia 20 marca 1929 roku.

1) Kol. Bergson przedstawia chorą M. lat 22 po laparatomji dokonanej przed 17 dniami z powodu *przedziurawienia macicy ciężarnej* przez akuszerkę podczas wywoływania sztucznego poronienia. Operacja dokonana w 11 godzin po zabiegu u akuszerki wykazała przedziurawienie macicy tuż powyżej ujścia zewnętrznego i duży krwiak prawego przymacicza, poza tem otwór w dnie ma-

cicy, w którym była uwięźnięta pętla jelita cienkiego oderwanego od kiszki na przestrzeni pół metra. Resekcja uskodzonego jelita, boczne zespolenie pozostałych odcinków, usunięcie macicy wraz z prawemi przydatkami. Seton gazy do przymacicza, wprowadzony przez pochwę. Przebieg bez powikłań, rana zagojona *per primam.*

Prelegent zwraca uwagę na fakt, że pomimo upływu 11 godzin od uszkodzenia jelita poza przejściową zapaścią nie wystąpiły żadne objawy brzuszne i gdyby nie obecność krwiaka w przymaciczu (wyczuwalnego oburęcznem badaniem) łatwo możnaby było ulec pokusie leczenia wyczekującego.

2) Z okazji jubileuszu 35-letniej pracy naukowej Dr. Edwarda Flataua postanowiono w uznaniu zasług jego dla polskiej nauki lekarskiej nadać Mu dyplom Członka Honorowego Towarzystwa Lekarskiego Łódzkiego.

3) Kol. Mogilnicki wygłosił referat: *„Zapalenie opon mózgowych, wywołane przez pałeczki Pfeiffera".*

Ropne zapalenie opon zdarza się u niemowląt znacznie częściej, niż u dzieci starszych i u ludzi dorosłych niezależnie od etjologji cierpienia. Dotyczy to nawet najmłodszych niemowląt. Ostatnio spostrzegano w Szpitalu Anny-Marji 3 przypadki ropnych meningitów w pierwszym tygodniu życia. Materjał na którym autor opiera się — pochodzi z trzech lat od 1 lipca 1925 r. do 1 lipca 1928 r. W tym czasie było ogółem przyjętych do szpitala 6974 dzieci, z tych 264 z zapaleniami opon mózgowych. Najwięcej było zapaleń gruźliczych (178 przypadków) następnie meningokokkowych (55 przypadków). W tym czasie zanotowano 6 przypadków ropnych zapaleń opon wywołanych przez laseczniki Pfeiffera. Wszystkie one zdarzały się w tym czasie, kiedy w Łodzi nie panowała epidemja grypy, co świadczy o braku łączności pomiędzy chorobą wywołaną przez laseczniki Pfeiffera, a obecnie panującą grypą. Wszystkie przypadki należały do niemowląt od 5 do 10 miesięcy, wszystkie były wyznania mojżeszowego, pomimo iż w tym czasie było przyjętych do szpitala 72% chrześcijan i 28% żydów; wszystkie dzieci zmarły. Przeważnie stwierdzono jednocześnie występowanie schorzeń innych narządów, co wskazuje, że zapalenie opon mózgowych jest tylko jednym z objawów ogólnego zakarzenia ustroju lasecznikami influenzy. Prócz 6 powyżej opisanych przypadków, influenzowe zapalenie opon stwierdzono u dziecka 5-cio miesięcznego w 1929 roku i u dziecka 10-cio miesięcznego z praktyki kasowej zakomunikowanej przez Dr. Kapłańskiego.

W dyskusji nad odczytem zabierali głos kol.: Frenkiel, Mikłaszewski i Załęski.

Kol. Frenkiel zwraca uwagę, że być może powodem dużej śmiertelności były powikłania, jakie często daje lasecznik influenzy.

Kol. Mikłaszewski twierdzi, że przeważający odsetek niemowląt żydowskich tłómaczy się tem, że chrześcijanin niechętnie oddaje dzieci do szpitala.

Kol. Załęski proponuje zwrócić się do Państwowego Zakładu Higjeny, aby przygotowano odpowiednią surowicę.

4) Następnie kol. Sterling wygłosił odczyt: *„Grypa przewlekła"*.

W dyskusji nad odczytem zabierali głos kol.: Mogilnicki, Frenkiel, Mikłaszewski, Załęski i Gliksman.

Protokół posiedzenia z dnia 27 marca 1929 roku.

1) Kol. Dynkiewicz przedstawia z oddziału dr. Frenkla chorego *z kiłą mózgu* z afazją zmysłową korową, cechującą się: mową spontaniczną, względnie zachowaną, ale przeplataną parafrazjami wyrazowemi, upośledzeniem czytania głośnego oraz zrozumienia mowy i pisma, jak również powtarzania słów. Pisanie pod dyktando zniesione, przepisywanie zachowane.

2) Kol. Frenkiel przedstawia przypadek parkinzonizmu (od 7 lat) w którym podkreśla zespół torsyjny *(torticollis* i ruchy skręcające kończyny górnej lewej), przypominający postępujący kurcz torsyjny.

Protokół posiedzenia z dnia 3 kwietnia 1929 roku.

1) Kol. A. Uryson wygłosił odczyt pod tyt.: *„Istota i leczenie wrzodu żołądka i dwunastnicy"*.

Mechanizm powstawania wrzodu nie jest dotychczas zupełnie wyświetlony. Żadna z teorji, uzależniająca powstanie i przebieg wrzodu od jednej przyczyny chorobotwórczej (często mechanicznej, zapalnej, nerwowej, zakaźnej lub konstytucyjnej), poddana ścisłej krytyce — nie jest wystarczającą dla wyjaśnienia wybitnej skłonności wrzodu do — przewlekłości jego okresowości i nawrotów. Wrzód jest tylko miejscowym odczynem na cały szereg bodźców, leżących tak wewnątrz, jak i zewnątrz ustroju. Na zasadzie najnowszych badań należy przypuszczać, że wrzód powstaje dzięki zsumowaniu trzech głównych czynników, wrodzonej lub nabytej zmniejszonej odporności ścianki żołądka lub dwunastnicy, zaburzeń równowagi w układzie roślinnym, z czem związane są zaburzenia w gospodarce kwasowo-zasadowej oraz czynnika naczyniowego. Dalszy rozwój wrzodu zależny jest od siły trawiennej soku żołądkowego, ciągłego niepokoju ruchowego żołądka, wreszcie składników nieżytowych i zakaźnych. Umiejscowienie wrzodu przeważnie na krzywiźnie małej i opuszce dwunastnicy zależne jest od specjalnych warunków anatomicznych i fizjologicznych, w których znajdują się te części narządu. Leczenie wrzodu może być czysto objawowem lecz też skierowane na tory racjonalne terapji przyczynowej.

Duży odsetek dobrych wyników różnych autorów zależny jest częściowo od faktu, że 50% owrzodzeń goi się samoistnie. Za racjonalną terapję należy uważać taką, która dąży do usunięcia przyczyny powstawania wrzodu (zwalczanie zakażenia ustnego, walkę z katarem żołądka, próby zalkalizowania ustroju przez podawanie insuliny) lub też taką, która niezwalczając przyczyny

nieznanej, stara się postawić żołądek w warunki największego spokoju ruchowego i wydzielniczego.

Racjonalną dietą nazywamy taką, która opiera się na badaniach frakcjonowanych treści żołądkowej.

Poza ogólno znanemi wskazaniami do leczenia chirurgicznego (wrzód modzelowaty, przedziurawienia, krwawienia długotrwałe i t. d.) należy również uwzględnić warunki socjalne i kierować do chirurga chorego ze wrzodem, o ile po 6 tygodniach racjonalnej w sensie dietetycznym terapji, bóle nie ustępują.

W dyskusji nad odczytem kol. Goldman zwraca uwagę na to, że o nieistnieniu celowego kontaktu między internistami a chirurgami przy określaniu postępowania u chorych na wrzód żołądka świadczy jaskrawo u nas fakt, że w rocznym prawie odstępie czasu słyszymy tu oświetlenie tej sprawy przez chirurga (Dr. Dengel) i dziś przez internistę, a wszak byłoby racjonalniej omówić tę sprawę wspólnie. Nie goła statystyka internistów czy chirurgów może tu być miarodajną, a wspólne ustalenie, że istnieją granice postępowania wewnętrznego i chirurgicznego w zależności od niemocy i bezcelowości każdego z nich. Różne postępowanie u młodych i starszych osobników w przypadkach wrzodów żołądka powinno być uwzględnione przy współpracy nad sprecyzowaniem samego cierpienia, jak i jego patogenezy z uwzględnieniem w znacznym stopniu warunków społecznych.

Nie należy lekceważyć niebezpieczeństwa wynikającego z możliwości zwyrodnienia złośliwego wrzodu żołądka, co według Finsterera wynosi 20%.

Co się tyczy postępowania przy krwotokach z wrzodów żołądka, to różni się ono w zależności od tego, czy mamy do czynienia z krwotokiem u chorego z obserwowanym uprzednio wrzodem żołądka, kiedy należy bezwzględnie operować, czy też z krwotokiem nagle powstałym u chorego dotychczas pozornie zdrowego, gdzie należy czekać z interwencją. (Niepodobna często znaleść miejsca krwawienia).

Kol. Marzyński podkreśla, że przy rozpoznawaniu wrzodu żołądka i dwunastnicy ma duże znaczenie — badanie kału na krew utajoną. Należy przestrzegać zasady, aby przed dokonaniem badania kału chory w okresie tygodnia nie spożywał mięsa.

Wśród zespołu objawów wrzodu żołądka i dwunastnicy zasługuje na uwagę objaw dotąd nieopisany, a spostrzegany przez niego w licznych przypadkach, a mianowicie: punkty bolesne w ściśle ograniczonym miejscu. Miejscem tym jest okolica powyżej pępka o 2 lub 4 cm w lewo lub prawo, przyczem bolesność z lewej strony przemawia za wrzodem żołądka, bolesność z prawej strony za wrzodem dwunastnicy. Na punkty te natrafia się łatwiej, badając chorego w pozycji stojącej ku przodowi pochylonej, będąc samemu za plecami chorego. Badanie takie dokonywa kol. Marzyński od kilku lat, a ostatnio porównywał wyniki z obrazami roentgenowskiemi, przekonał się, że gdzie wykrywał bolesność na prawo powyżej pępka, Roentgen wykazywał owrzodzenie dwunastnicy, przy bolesności na lewo, był wrzód odźwiernika.

Kol. Szyfman jest zdania, że i po odczycie dzisiejszym nie można odpowiedzieć, czem jest właściwie wrzód żołądka. Następnie zapytuje prelegenta, czy istnieje jakiś związek pomiędzy gruźlicą a wrzodem żołądka; czy istnieją jakieś dane w piśmiennictwie co do takiego związku, dalej zapytuje czy istnieje związek między wrzodem żołądka a cukromoczem; spostrzegał przypadek cukromoczu typu renalengo oraz wrzodu żołądka u jednego i tego samego osobonika, dalej zwraca uwagę na pewną niekonsekwencję; chcemy bowiem zmniejszyć zapomocą insuliny zakwaszenie ustroju i zwalczać w ten sposób bóle głodowe, tymczasem insulina może wywołać hypoglykemję i uczucie głodu.

Co się tyczy sprawy sodu, który brany bezpośrednio po jedzeniu ma zmniejszać kwasotę, a później ją zwiększać, to zdaniem kol. Szyfmana zależnem to jest od dawek; należy bowiem, na co już w swoim czasie zwracał uwagę Reichman, podawać sól w dużych dawkach.

Co się tyczy djety, to winna nie być ona schematyczna, powinna uwzględniać własności indywidualne chorego, powinna być oszczędzającą.

Kol. Frenkiel zapytuje, czy zapomocą przykręgowych środków znieczulających można usunąć ból przy wrzodzie i czy w ten sposób można odróżnić wrzód od nerwic.

Kol. Rosiewicz zwraca uwagę, że prelegent nie uwzględnił czynnika spokoju: chorzy po kilku dniach spokoju tracą bóle i czują się zupełnie dobrze. Dalej kol. Rosiewicz wspomina o oliwie jako doskonałym środku leczniczym.

Kol. Fuks T. zapytuje, jak należy postępować przy nagłych krwawieniach.

W odpowiedzi kol. Uryson oświadcza:

1) Krwawienia utajone uważać należy nie jako objaw bezwzględny przy wrzodzie a raczej jako powikłanie; wrzód może przebiegać długie lata bez krwawienia.

2) Opisane są przypadki wrzodu żołądka, spowodowanego przez podrażnienie nerwu błędnego z powodu ucisku powiększonych gruczołów odoskrzelowych; naogół jednakże niema wspólnej przyczyny kostytucjonalnej dla powstania tych obydwu schorzeń.

3) Obserwowane przypadki jednoczesnego występowania wrzodu i *diabetes renalis* mogą być objaśnione przez chwiejność układu nerwowo - roślinnego w obydwu schorzeniach.

4) Soda na zasadzie frakcjonowanych badań na początku obniża kwasotę, następnie znacznie ją zwiększa.

5) Oliwa obniża kwasotę i wywołuje dopływ żółci z dwunastnicy.

6) Bóle głodowe przy wrzodzie nie są wywołane przez głód ustroju, lecz przez kurcze oddźwiernika, które chory odczuwa, jako bóle. Na kurcze te kojąco działa insulina.

7) Ostatnie badania wykazują, że tylko w *3%* przypadków wrzód ulega zwyrodnieniu złośliwemu.

Protokół posiedzenia z dnia 17 kwietnia 1929 r.

1) Kol. Grosglik przedstawił przypadek do rozpoznania. Dziewczynka 14-letnia. W dzieciństwie krzywica, zaczęła chodzić po skończeniu 6 lat; zapalenie płuc. Przed 6-ciu laty tyfus brzuszny, potem zapalenie nerek. Matka zmarła w młodym wieku na jakąś chorobę wątroby (Ca?). Od czterech lat — bóle brzucha napadowe, z początku z prawej strony, zaś od pół roku z lewej. Żółtaczki nigdy nie było, ani wymiotów. VIII. 1928 r. 5-ciotygodniowy pobyt w szpitalu Anny-Marji. R. W. kilkakrotnie ++++, Meinickie +, pod koniec W. —, Mantoux +. I. 1929 r. leczenie swoiste (Bi) — bez wpływu. Stan obecny: bóle w okolicy wątroby i śledziony. Wątroba wyczuwa się poniżej łuku prawego; śledzioia sięga 6—5 cm poniżej łuku lewego. Gruczoły nigdzie się nie wyczuwają. Swędzenia nie ma. Nie chudnie. Od pół roku osłabienie. Perjodu jeszcze nie było. Roentgenoskopia klatki piersiowej (Dr. Bemer): nie wykryto nic. W moczu: białka ślady; urobilinogen i urobilina zwiększone; wałeczki szkliste pojedyńcze w preparacie. Badania krwi wykazały: 8. IV. 1929 r. W. ++. Ilość krwinek 4,500.000—4,000.000; Hb. 64—52 (Autenrieth), białych: ilość normalna; limfocyty cokolwiek zwięszone. Lekka aniso- i poikilocytoza. Jedna komórka Türka na 100 białych. Oporność krwinek zmniejszona (0,52—0,38). Van der Bergh wybitnie dodatni. Rozpozanie jest trudne wobec skąpych, a po części rozbieżnych, objawów, zaś konieczne ze względu na ewentualność splenektomji. Obraz krwi wyłącza białaczkę jawną, ale możliwość myelozy i limfaderozy aleukemicznej nie da się wyłączyć, mianowicie rzadkiej postaci śledzionowej. To samo da się powiedzieć o limfogranulomatozie. Oporność zmniejszona krwinek, bilirubinemia, urobilinogenuria i urobilinuria wraz ze śledzioną powiększoną nasuwają myśl o icterus haemoliticus, brak jednak stanu podżółtaczkowego skóry. Brak powiększenia gruczołów, krwawień i charakteru rodzinnego przemawiają przeciw chorobie Gaucher'a. Pozostają: choroba Banti'ego, przeciw której przemawia jednak zmniejszona oporność krwinek, brak krwawień i wybitniejszej anemji, oraz splenomegalja luetyczna. Wobec powracającego dodatniego odczynu W., jak również wychodząc z założenia, że nie ma prawie tej przewlekłej kategorji chorobowej, którąby nie miała zarazem swego sobowtóra w dziedzinie przymiotu, kol. Grosglik zamierza narazie poddać chorą energicznej kuracji swoistej, aby w ten sposób wyłączyć kiłę i dopiero gdy ta kuracja zawiedzie, poddać ją leczeniu promieniami Roentgena.

2) Kol. Dynkiewicz przedstawia, z odziału dr. Frenkla, przypadek pourazowego wylewu krwawego do rdzenia szyjnego (część dolna). Stwierdzono spastyczny niedowład wszystkich czterech kończyn z obustronnym Babińskim. Rossolimo, Mendel-Bechterewem oraz zespołem Hornera. Bezpośrednio po urazie ustaliło się przykurczenie w stawach łokciowych, jako wyraz podrażnienia segmentów; piątego i szóstego.

W dyskusji nad pokazem kol. Dynkiewicza, kol. Grosglik zapytuje, czy taka Hematomyelia ulega resorbcji.

Kol. Frenkiel zwraca uwagę na zespół objawów pyramidowych w przypadku demonstrowanym, zwłaszcza na występowanie ich na kończynach górnych. Hematomyelje naogół rezorbują się, w przypadku omawianym nieprawdopodobne jest restitutio ad integrum, ponieważ jeszcze po 4—5 miesiącach po urazie mamy tyle wybitnych objawów.

3) Kol. Kopciński wygłosił odczyt na temat: *„Leczenie niedokrwistości złośliwej* na zasadzie spostrzeżeń własnych". (Rzecz ukaże się w druku.

W dyskusji zabierali głos kol. Grosglik, Tenenbaum, Rosiewicz, Kocen, Gliksman, Mogilnicki, Frenkiel i prelegent.

Posiedzenie w dniu 15 maja 1929 r.

1) Kol. Grosglik przedstawia 57-io letnią chorą ze złośliwym nowotworem macicy (prawdopodobnie *mięsakiem);* w październiku 1928 r. próbna laparatomja stwierdziła: guz wychodzący z macicy i przerastający oba przydatki i przymacicza; jelita z powodu znacznych zrostów z sobą i ścisłego spojenia z nacieczoną masą rozdzielić się nie dały. Incontinentia urinae. Chudnięcie. Naświetlanie w listopadzie 1928 r. i kwietniu 1929 r. Chorej przybyło 8 kg. Macica znacznie mniejsza, nacieczeń ani gruczołów nie stwierdza się. Lewe przymacicze niezmienione, podatne; prawe — zgrubiałe, mało podatne, z powodu zrostów. Przerzutów niema. Incontinentia została.

2) Kol. Grosglik przedstawia 68-io letniego mężczyznę, u którego przed półtora rokiem powstał *guz w lewej okolicy przyusznej;* w październiku 1928 r. guz był tak duży, że zakrywał ucho lewe, przytem twardy, nieruchomy względem podstawy, z skórą u góry zrośnięty, u dołu skóra przesuwalna, ale z trudnością ujmowała się w fałdy. Gruczoł przeduszny powiększony. Na lewej połowie szyji jeden gruczoł wielkości śliwki, drugi wielkości wiśni. Pod lewą pachą małe twarde gruczoły w prawym sulcus biciptalis drobne gruczołki. Śledziona i wątroba nie wyczuwalne. Ból głowy w okolicy guza silny, stały szum w lewem uchu, głuchota lewostronna. Ze strony krwi nieznaczna aniso i poikilocytoza zwiększona neutrofilja i przedłużony czas krzepliwości (19'). Roentgenoskopia śródpiersiowa (Dr. Bemer): stosunki normalne. Guz główny naświetlano w październiku 1928 i w grudniu tegoż roku. Guz i gruczoły znikły, bóle głowy ustąpiły, również i szum w uchu, słuch bardzo dobry. Wobec licznych gruczołów rozpoznanie waha się między limfosarkomatem a limfogranulomatozą.

3) Kol. Dynkiewicz przedstawia, z oddziału Dr. Frenkla, chorą lat 54, która od czterech lat ma ruchy mimowolne w mięśniach twarzy, języka i wszystkich kończyn, poza tem ma zaburzenia psychiczne (otępienie). Cierpienie o charakterze postępu-

jącym. Dwaj bracia chorej również są dotknięci tem samem cierpieniem. Rozpoznanie: *pląsawica Huntingtona.*

4) Kol. Keilson wygłosił odczyt pod tytułem *„Obraz roentgenologiczny wrzodu żołądka"*.

Referent szczegółowo omówił obraz śluzówki żołądka przy różnych schorzeniach (nieżyt, owrzodzenie, nowotwór) i przychodzi do wniosku, że wczesne rozpoznanie tych schorzeń udaje się z większą precyzją przy badaniu śluzówki niż dotychczasowem badaniem szczelnie wypełnionego żołądka. (Praca ukaże się w druku).

W dyskusji kol. Uryson zaznacza, że główna zdobycz badania reljefu śluzówki żołądka i dwunastnicy polega na możliwości wczesnego rozpoznania wrzodu i nowotworu. Dzięki tym badaniom udało się stwierdzić, że cały szereg chorób żołądkowych, uchodzących za nerwicę (różne gastralgje, kardjalgje, choroba Reichmana i t. p.) są chorobami organicznemi. Zgrubienie śluzówki żołądka spotyka się tylko przy nieżycie przerostowym; przy nieżytach zanikowych śluzówka bywa bardzo cienka. Niezrozumiałem jest dlaczego przy niszy mającej tendencję do gojenia się, fałdy śluzówki zbiegają się do niej, a przy niszy nieujawniającej tej tendencji, biegną równolegle. Przypuszczalnie nisza świeża pociąga za sobą fałdy śluzówki ponieważ jest częściowo przez tę śluzówkę wytworzona, o ile zaś nisza zostaje przerośnięta tkanką łączną, wówczas fałdy śluzówki nie mają już z nią łączności.

Kol. Gliksman zapytuje, jakie znaczenie przypisuje się przy obecnym sposobie badania wzmożonej perystaltyce kiszek, następnie zapytuje, czy miarodajnem jest jednorazowe badanie, czy też seryjne.

Kol. Grosglik zapytuje, czy można roentgenologicznie sprawdzić każdą niszę.

W odpowiedzi kol. Keilson podkreśla, że nisza może być niewidoczna, jeśli chodzi o nieznaczny ubytek warstwy śluzówki. Zbiegające ku niszy fałdy są dowodem bliznowacenia, gojenia się. Nisza jest głębsza niż owrzodzenie nie naskutek skurczu, a na skutek zgrubienia fałd śluzówki. Wskazane są kilkakrotne powtórne badania.

Protokół posiedzenia z dnia 22 maja 1929 r.

1) Kol. Bender przedstawia *przypadek zwężenia tętnicy głównej (stenosis aortae).*

2) Kol. B. Misjon, A. Margolisowa i H. Kryszek wygłosili referat zbiorowy pod tytułem: *„Higjena gimnastyki szkolnej"*.

A) Kol. Misjon omówił historję gimnastyki ogólnej i szkolnej.

B) Kol. Margolisowa: Po wyjaśnieniu roli biologiczno-fizjologicznej ćwiczeń cielesnych, autorka dochodzi do wniosku, że przy wspólnej pracy lekarza szkolnego i biologicznie wyszkolonego nauczyciela gimnastyki — znacznie większa ilość dzieci mogłaby całkowicie lub częściowo korzystać z gimnastyki szkol-

nej. Właściwie stosowana gimnastyka wpływa na metabolizm ustroju w kierunku przyspieszenia procesów asymilacyjnych; zbyt uciążliwe ćwiczenia wywołują dyzasymilację i są szkodliwe. Jakość i ilość ćwiczeń cielesnych powinna być indywidualnie stosowana, a miernikiem jest objektywne i subjektywne dające się stwierdzić zmęczenie. Od ćwiczeń gimnastycznych powinny być zwolnione dzieci z ostremi schorzeniami i rekonwalescenci po chorobach ostrych. Gruźlica płuc i gruczołów czynna oraz schorzenia charakteru reumatycznego (ważnem jest zachowanie się odczynu Biernackiego) powinny być z gimnastyki zwolnione. Przy wszelkich schorzeniach narządów wydzielniczych (ograniczenie wydalania produktów zmęczenia) — gimnastyka jest przeciwwskazana. Zwalnianie całkowite dzieci słabych, wątłych, anemicznych, dzieci z gruźlicą nieczynną, ze stanami podgorączkowemi powinno należeć do rzadkich wyjątków.

Autorka podaje statystykę ze szkoły żeńskiej z ogólną ilością uczenic 350, gdzie całkowitych zwolnień z gimnastyki było 23 (6,5%), częściowych 20 (5,8%), czasowych 25 (6,8%).

C) Kol. Kryszek omawia wskazania i przeciwwskazania do ćwiczeń gimnastycznych w schorzeniach sercowych. Odróżnia cztery kategorje przypadków:

1) Niemiarowość. Najczęstszą postacią niemiarowości jest niemiarowość oddechowa, będąca pierwszorzędnem wskazaniem do ćwiczeń gimnastycznych. Niemiarowość nadskurczowa będąca jedynie wyrazem wzmożonej pobudliwości, nie jest ostatecznem przeciwwskazaniem do ćwiczeń. Poważnie ocenia występowanie nadskurczów przedsionkowych Hecht.

2) Wady zastawkowe. Wobec i tak ograniczonego trwania czasu kompensacji są przeciwskazaniem do ćwiczeń gimnastycznych.

3) Schorzenia mięśnia sercowego są przeciwskazaniem do ćwiczeń. Dla oceny czasu trwania rekonwalescencji po przebytym gośćcu stawowym opierać się należy na objawie opaskowym i szybkości opadania krwinek. Omawia szczegółowiej patogenezę i mechanizm przeforsowania mięśnia sercowego, przytaczając własny przypadek.

4) Serca u dzieci słabych i otyłych. O ile przy ogólnej asthenji i podmiotowych objawach sercowych wskazana jest ostrożność o tyle otyłość jest racjonalnem wskazaniem dla ćwiczeń gimnastycznych.

W dyskusji nad odczytem kol. Goldenberg uważa, że trening byłby wskazany dopiero po 18 roku życia, kiedy wzrost jest zahamowany; należałoby zdaniem kol. Goldenberga dążyć do tego, by lekarze otrzymywali wykształcenie w studjum wychowania fizycznego, by zostawali nauczycielami gimnastyki w szkołach średnich; po forsownych ćwiczeniach fizycznych widziano zahamowanie wzrostu i nawet obniżenie wzrostu; w klasie 8-mej przy porzucaniu gimnastyki — widzi się obniżenie obwodu klatki piersiowej i zmniejszenie objętości płuc. Rzadko widzi się u dzieci

szkolnych niechęć do gimnastyki jak również symulantów. Kol. G o l d e n b e r g nie zwalnia z gimnastyki; chłopcy, którzy nie mogą się gimnastykować — asystują na lekcji gimnastyki; zwraca uwagę na to, że lekarze wydają zbyt często zaświadczenia o chorobie dzieci i zwolnienia z gimnastyki, wobec czego lekarz szkolny jest w kłopocie i nie wie, jak postępować. Zmniejszenie się wzrostu po ćwiczeniach tłómaczy tem, że chrząstki kręgowe płaszczą się ze względu na wykonywanie ćwiczeń w pozycji stojącej.

Kol. S t e r l i n g mówi, że w świadectwie lekarskiem powinno być wymienione rozpoznanie choroby i lekarz wystawiający świadectwo powinien się porozumieć w każdym poszczególnym przypadku z lekarzem szkolnym; dalej zwraca kol. S t e r l i n g uwagę na stosunek zmęczenia fizycznego do umysłowego; dzieci zmęczone po ćwiczeniach gimnastycznych nie mogą dobrze pracować umysłowo i odwrotnie — po pracy umysłowej — czują się zmęczone fizycznie; Kol. S t e r l i n g nie rozumie przyczyn, dla których kości po ćwiczeniach mają rosnąć nie wzdłuż a wszerz; ćwiczenia gimnastyczne nie są szkodliwe przy gruźlicy nieczynnej, natomiast szkodliwe są przy sprawie czynnej; podkreśla znaczenie odczynu Biernackiego przy ocenie stosowania gimnastyki; zwraca uwagę na stosowanie śpiewu jako czynnika gimnastyki płuc, klatki i brzucha; należy, zwłaszcza w szkołach żeńskich, zwracać uwagę na rozwój mięśni brzucha; wzrost zależy od stanu gruczołów wewnętrznego wydzielania, od grasicy i innych; rozwój klatki piersiowej zależny jest od rozwoju narządu; najpierw rozwijają się płuca a później klatka piersiowa, a nie odwrotnie.

Kol. M o g i l n i c k i jest zdania, że na wieczorze dzisiejszym powinniby również uczestniczyć i nauczyciele gimnastyki; nauczyciele często wymagają zbyt wiele, nie umieją indywidualizować; czego może dziecko dokonać silne, tego nie może dziecko słabe. Nie łatwo jest postawić u dziecka rozpoznania wady serca, często lekarze uważają każdy szmer sercowy za wadę; zapytuje, jak należy postępować z wadami wrodzonemi serca.

Kol. Ł a d y ń s k i: Temat dzisiejszy jest ciekawy i dla pedagogów i rodziców. Należy stworzyć oddział Towarzystwa Higienicznego, gdzie możnaby było poruszać podobne tematy; przeciwwskazaniem do ćwiczeń gimnastycznych powinien być niestosunek wzrostu do wagi.

Kol. F r e n k i e l zapytuje, jak postępować przy stanach podgorączkowych, przy powiększeniu gruczołów tarczowego, przy wolu, przy Basedowoidzie, przy rekonwalescencji i po niej; dalej zwraca uwagę na niecelowe pomieszczenia dla ćwiczeń gimnastycznych, na nieodpowiednie, niehigjeniczne sale gimnastyczne; co się tyczy wspólnych wieczorów z pedagogami, to uważa to za przedwczesne, gdyż i wśród lekarzy w sprawach gimnastyki niema jeszcze nic ustalonego i wiele niedomówionego.

W odpowiedzi kol. M a r g o l i s o w a zwraca uwagę na to, że stan zmęczenia można rozpoznać już po zabarwieniu twarzy; co się tyczy wzrostu — to rosną nie kości, ale rosną wskutek przy-

śpieszonego, dzięki ruchowi, procesu asymilacyjnego — mięśnie. Stany podgorączkowe przy braku innych objawów — przy dużem O. B. nie są przeciwwskazaniem.

Kol. Misjon przytacza spostrzeżenia Misiury o powiększeniu wzrostu u ćwiczących. W Małopolsce już od dłuższego czasu byli lekarze — nauczycielami gimnastyki. Stopień z gimnastyki nie może stanowić oceny wartości ogólnej dziecka.

Kol. Kryszek: Należy dla odróżnienia szmeru od wady serca — dokonać prześwietlań promieniami Roentgena (względnie zdjęć). Przy wadach wrodzonych dzieci mogą się ćwiczyć; przeciwwskazaniem dla ćwiczeń — jest choroba Basedowa.

Protokół posiedzenia z dnia 29 maja 1929 r.

1) Prof. A. Czyżewicz (jako gość) wygłosił odczyt pod tytułem *„Leczenie nowotworów złośliwych"*.

W dyskusji nad odczytem zabierał głos: Kol. Kędzierski.

Protokół posiedzenia z dnia 5 czerwca 1929 r.

1) Kol. Goldman przedstawia: a) 24-ro letniego B. W., u którego usunięto *kamień pęcherza wagi 164 g,* mylnie rozpoznany. Zmiany w płucach, krwiomocz, ogólny upadek sił i niezastosowanie badania roentgenologicznego przy niemożności użycia cystoskopu (minimalna pojemność pęcherza, stałe bóle) spowodowały pomyłkę rozpoznawczą; — wyzdrowienie. b) 22-u letnią Marję W. po plastyce nosa z ramienia z przeszczepieniem kości z miednicy. Wykonano dziewięć zabiegów. Wynik dobry. Szereg zdjęć z oddzielnych momentów.

Kol. Goldman przedstawia:

a) Trzy zdjęcia roentgenowskie z przypadku u chorej Sz., u której trzy lata temu usunięto twardy guzik na zewnętrznej kostce prawego podudzia z nieokreślonym wynikiem badania anatomopatologicznego. Wskutek nawrotu wykonano jeszcze dwukrotnie usunięcie nawrotów w okresie dwu miesięcznym. Po okresie dziewięcio-miesięcznego zdrowia wystąpiło cierpienie stawu skokowego. Bez badania roentgenologicznego leczono chorą klimatycznie i ortopedycznie w przeciągu 15 miesięcy i skierowano do miejsca zamieszkania w celu zastąpienia gipsu przez aparat ortopedyczny. Badanie wykazało w zdjęciu roentgenowskim — wybitne zniszczenie kości śródstopia; z kości piętowej prawie nic nie pozostało. W jamie podkolanowej twardy naciek wielkości jaja. U chorej dokonano odjęcia uda przy rozpoznaniu nowotworu złośliwego. Badanie, drobnowidowe potwierdziło rozpoznanie kliniczne; — wyzdrowienie.

b) Preparat uchyłka Meckel'a przedziurawiony u nasady, pochodzi od 68-mio letniej chorej S. obserwowanej w szpitalu im. małż. Poznańskich z powodu niezupełnej drożności jelit przy jednoczesnej kamicy żółciowej. Chora zmarła przy objawach nagłego pogorszenia (w ciągu kilku godzin), wywołanego jak wykazało badanie pośmiertne przez ostre zapalenie otrzewnej przy przedziu-

rawieniu uchyłka. Pęcherz żółciowy grubości główki noworodka wydłużony, wypełniony jednym dużym i znaczną ilością małych kamieni.

c) Wyrostek robaczkowy długości 26 cm, usunięty u chorego T. Od 20 lat datujące się napady bólów i dolegliwości pomimo bardzo skrupulatnych badań chemicznych i roentgenologicznych w kilku miastach uniwersyteckich nie mogły doprowadzić do ścisłych wyników. Ścisła obserwacja ostatniego napadu upoważniła do zabiegu (w okresie wolnym od napadu), przy którem znaleziono wyrostek wyżej wzmiankowanej długości (badania anatomo-patologiczne w toku) ułożony i zatopiony w wstępującej okrężnicy i sięgający swym końcem do dwunastnicy i wątroby i tam umocowany. Przebieg kliniczny zupełnie odbiegający od zwykłego — wyzdrowienie.

d) *Guz nerki torbielowatej* — wielkości głowy dorosłego osobnika usunięty u 58-io letniej chorej R. — chorej od 20 lat na okresowe napady bólów w prawem podbrzuszu, w którem wyczuwa się twór twardy, dochodzący ze strony lewej do linji środkowej, u dołu na trzy palce poniżej pępka i wypełniający prawie całą przestrzeń między łukiem żebrowym i kolcem kości miednicy. Prawa nerka nie wydziela nic; pyelografja — trzy jamy komunikujące z miedniczką. Funkcja lewej nerki wystraczająca. Wyzdrowienie.

2) Kol. S. Neumark i kol. E. Seliwanowa wygłosili odczyt pod tytułem *„Kilka uwag o odczynie Biernackiego na podstawie badań własnych"*.

Prelegenci zwracają uwagę na częste występowanie niekiedy dość znacznych wahań szybkości opadania krwinek czerwonych przy kilkakrotnem badaniu co pół godziny w przeciągu dwuch, trzech godzin, względnie codzień zrana naczczo u jednego i tego samego osobnika. Po wstrzyknięciu dożylnem atropiny, pilokarpiny, adrenaliny, chlorku wapnia, insuliny względnie adrenaliny i insuliny podskórnie stwierdzić można dwufazowe wahania w postaci początkowego przyspieszenia z następowem zwolnieniem opadania. Również po wstrzyknięciu śródmięśniowem wyciągów z gruczołów dokrewnych względnie ich hormonów występują dwufazowe wahania odczynu Biernackiego. Niema również równoległości pomiędzy szybkością opadania a wskaźnikiem refraktometrycznym w osoczu krwi; zwiększona cholesterinemja zdaje się sprzyjać zwolnieniu opadania. Z badań swych autorzy wyciągają wniosek, iż w powstawaniu samoistnych wahań szybkości opadania stan czynnościowy gruczołów dokrewnych układu nerwowego roślinnego odgrywa pierwszorzędną rolę.

W dyskusji nad odczytem zabierali głos kol. Reiterowski i Dawidowicz M., Mogilnincki, Kocen, Gliksman i referent Neumark.

Kol. Reiterowski uważa, że wyniki odczynu Biernackiego zawsze należy komentować z pewnemi ograniczeniami; nie można na zasadzie wyniku O. B. mówić, czy u danego osobnika stwierdza się czynną sprawę gruźliczą i czy wogóle mamy do

czynienia z tym lub owym przypadkiem gruźlicy; odczyn Biernackiego ma większe znaczenie u osobników chorych na gruźlicę płuc; można na zasadzie wyników odczynu Biernackiego mówić o postaci gruźlicy, o poprawie, względnie pogorszeniu danego przypadku. Zwolnienie O. B. idzie równolegle z poprawą; przy leczeniu odmą sztuczną wzrasta O. B. wraz z poprawą.

Kol. Dawidowicz zwraca uwagę na to, że wiadomości nasze o istocie odczynu Biernackiego nie uległy zmianie w ciągu 8 lat; istota odczynu nie jest wyświetlona dotychczas jak również nie wyjaśniona jest istota odczynu Wassermanna; nie przeszkadza to jednak temu, że posługujemy się nim w praktyce. Odczyn Biernackiego ma małe znaczenie w cierpieniach skóry, praktyczne znaczenie O. B. ma w cierpieniach wewnętrznych zwłaszcza przy gruźlicy; ale odczyn Biernackiego stanowi tylko jeden objaw w zespole objawów klinicznych. Zdaniem kol. Dawidowicza autorzy powinni byliby robić odczyn Biernackiego również co kilka minut; w swych badaniach powtarzanych co tydzień kol. Dawidowicz nie widział tak rozbieżnych wahań, jakie otrzymali autorzy.

Kol. Mogilnicki jest zdania, że odczyn Biernackiego ma wielkie znaczenie podobnie, jak mają znaczenie badania tętna, ciepłoty i t. d. Badania autorów nie obejmują ostrych cierpień; w schorzeniach ostrych kol. Mogilnicki widział przy pogorszeniu stanu zdrowia szybsze opadanie; powolniejsze opadanie znamionowało poprawę stanu zdrowia.

Kol. Kocen przypomina, że struktura krwi wykazuje również różnicę, jeżeli badać u tego samego osobnika krew kilkakrotnie i pobierać ją z tej samej żyły lub innej; dalej zarzuca kol. Neumarkowi, że ten nie wspomniał wcale o znaczeniu wątroby, która odgrywa wielką rolę w przemianie białkowej ustroju, a przemiana ta jest najgłówniejszym z czynników, wpływających na wynik odczynu Biernackiego.

Kol. Gliksman podkreśla fakt, że życie codzienne przeczy temu co wypowiedzieli prelegenci. O. B. ma wielkie znaczenie w chorobach wewnętrznych, szczególnie przy gruźlicy. Istnieje równoległość pomiędzy O. B. i postacią gruźlicy płuc. Tabela autorów wykazuje wprawdzie dużą różnicę wyniku O. B., ale jednakże albo zawsze prawie różne stopnie przyspieszenia w danym przypadku, lub na odwrót w innym przypadku różne większe lub mniejsze stopnie zwolnienia O. B. Cholesteryna przyspiesza O. B. lecytyna zwalnia. O szybkości O. B. ma decydować napięcie powierzchniowe osocza, a nie ilość krwinek.

W odpowiedzi kol. Neumark zaznacza, że został źle zrozumiany, że nie przeczył bynajmniej znaczeniu O. B., ale odczyn ten ma raczej większe znaczenie teoretyczne. Wahania O. B. stwierdzone naczczo przypominają wahania cukru naczczo jako też wahania i innych składników krwi. Chciał tylko wyjaśnić czem tłómaczyć należy te wahania odczynu. Uważa, że badania u jednego i tego samego osobnika należy często powtarzać by stwierdzić, czy wahania są fizjologiczne czy patologiczne. Przez kilkakrotne badanie możemy stwierdzić rozpiętość skali wahań fizjologicznych.

Wahania O. B. zależne są od chwiejności w pierwszym rzędzie układu roślinnego. Nie zaprzecza, że szybkie O. B. przy gruźlicy — powtarzane i zawsze okazujące stale szybkie opadanie ma duże znaczenie, ale musi podkreślić, że wynikowi O. B. przypisuje się większe znaczenie, niż ma ono w rzeczywistości.

4) Kol. Załęski pokazuje duży *kamień cholesterynowy;* 65-o letnia kobieta zachorowała nagle przy objawach niedrożności jelit; chora nie mogła dostać się do szpitala; kamień z woreczka żółciowego perforował do jelita i odszedł przez odbytnicę.

Protokół posiedzenia z dnia 12. VI. 1929 roku. (wraz z Sekcją Chirurgiczną Towarzystwa).

Pani Dr. Noel, jako gość, z Paryża, wygłosiła odczyt (po francusku) pod tytułem *„Chirurgja estetyczna"*. Odczyt był ilustrowany 300 przezroczami.

W dyskusji zabierali głos kol. Grosglik, Gliksman i prelegentka.

Protokół posiedzenia klinicznego w szpitalu Anny-Marji w dniu 19 czerwca 1929 roku.

1) Kol. Justman przedstawił 22-u letniego strzelca M. C., przybyłego na oddział chorób nerwowych Szpitala Okręgowego Nr. cztery, 15-go czerwca ze skargą na niemożność otwierania ust, która wystąpiła, stopniowo wzmagając się, od 30-go maja i utrudnia mowę oraz nieumożliwia przyjmowanie stałych pokarmów. Badanie przedmiotowe nie wykryło żadnych uszkodzeń zewnętrznych natomiast stwierdziło znaczny szczękościsk, risus sardonicus, poza tem żadnych zmian widocznych narządów wewnętrznych i układu. Ponieważ nazajutrz szczękościsk wzmógł się i wystąpiło stężenie mięśni piersiowych, zastosowano 80 jednostek surowicy przeciwtężcowej śródmięśniowo i 40 podskórnie, prócz tego 2 razy dziennie po 15 cm^3 25% roztworu siarczanu magnezu. Na drugi dzień, to jest 8-go czerwca szczękościsk i stężenie mięśni piersiowych zelżały, lecz wystąpiło stężenie mięśni brzucha i w lżejszym stopniu kończyn dolnych. Przy kontynuowaniu tego samego leczenia objawy te szybko się poprawiały, od 12-go zaniechano stosowania surowicy, a od. 16-go również siarczanu magnezu. Chory może od 12-go jeść już stałe pokarmy, pozostał jedynie ślad risus sardonicus i stężenia mięśni brzucha i kończyn dolnych. W przypadku niniejszym zwraca uwagę brak widocznego uszkodzenia zewnętrznego, którędy mogła dostać się do ustroju infekcja tężcowa, powolny zstępujący rozwój objawów oraz dobry i szybki wpływ leczenia.

2) Kol. Justman przedstawił z tegoż oddziału 22-u letniego szeregowca 25-go p. p. J. K. operowanego 16-go kwietnia r. b z powodu *zapalenia wyrostka robaczkowego.* Operacja była zrobiona w znieczuleniu miejscowem, trwała minut 70, przytem kończyny górne były umocowane zapomocą pasów wzdłuż ciała. Nazajutrz po operacji nastąpiło mrowienie i osłabienie prawej

dłoni. Przy badaniu 18 czerwca stwierdzono znaczne zaniki mięśni dłoni prawej, niemożność zestawiania i rozstawiania palców, słabość pięści i zginania w mniejszym stopniu rozginania całej dłoni. Czucie bóle i dotyku na powierzchni dłoniowej dłoni osłabione. Przypadek niniejszy świadczy iż sam fakt unieruchomienia kończyny przez czas dłuższy może wystarczyć do porażenia nerwów obwodowych.

3) Kol. Dynkiewicz przedstawia z oddziału Dr. Frenkla przypadek *porażenia postępującego*. Choremu wstrzyknięto po 3 cm³ krwi malarycznej dożylnie. Po 5-u dniach zjawia się gorączka, która występowała codziennie (w preparatach plasmodja) i dochodziła do 41°. Po 10 atakach malarję przerwano przez podawanie doustnie chininy i dożylnie neosalwarsanu. W stanie chorego szybko nastąpiła znaczna poprawa (zmiany psychiczne, dyzartrja). Na oddziale stale stosuje się dożylnie szczepienie malarji, jak dotychczas bez komplikacyj. Szczepień dokonywa się bez określenia grupy krwi.

4) Kol. A. Margolisowa przedstawia 4-o letnią dziewczynkę z *wysiękiem międzypłatowym*.

5) Kol. A. Margolisowa i J. Polakow wygłosili odczyt pod tytułem: *„Wysięki międzypłatowe u dzieci"*. Praca ukaże się w druku.

W dyskusji zabiera głos kol. Witoński; stwierdzał on również we wszystkich rozpoznanych przez siebie przypadkach wysięku międzypłatowego pasmowate stłumienia, biegnące od IV-go kręgu piersiowego ukośnie do linji pachowej. Objawy wysłuchowe natomiast są zależne od wielkości wysięku: jeżeli płynu jest mało, to oddech jest osłabiony, chuchający; natomiast przy dużej ilości płynu może być oskrzelowy; rzężenia pochodzące od atelektazy danego odcinka płuc są najsilniejsze po kaszlu. Spostrzegał on wysięk międzypłatowy przy zapaleniu płuc grypowem, anginie, ostrym gośćcu stawowym i gruźlicy płuc. Ponieważ pomiędzy płynem a klatką piersiową znajduje się dość gruba warstwa tkanki płucnej, poleca stosować wypuk mocny i głośny. Co do objawu obrzęku skóry w miejscu wysięku, to objaw ten jest charakterystyczny dla zapalenia opłucnej ściennej.

Posiedzenie z dnia 4. IX. 1929 r.

1) Kol. Reichman przedstawia ze szpitala Anny-Marji przypadek *„distrophia musculorum progressiva"* u 5-letniego chłopca, u którego pierwsze objawy wystąpiły przed 1½ rokiem. Uderzają zaniki mięśni grzbietu oraz pseudohypertrophia łydek, jak również charakterystyczne wstawanie (stopami) z podłogi.

2) Kol. Makowski wygłasza odczyt: *„Wskazania i przeciwwskazania do leczenia lampą kwarcową"*.

Prelegent omawia działanie promieni pozafiołkowych w różnych chorobach i podkreśla wybitną poprawę w krzywicy, tężyczce, w atrepsji i distrofji u niemowląt oraz w stanach ogólnego osłabienia i niedokrwistości. Natomiast w niektórych sta-

nach chorobowych naświetlanie kwarcem może spowodować pogorszenie, a nawet śmierć. Prelegent przytacza dawniej obserwowane przypadki w Szpitalu Anny-Marji, a mianowicie: 1) przypadek zropiałych gruźliczych gruczołów chłonnych oraz 2) rozsianej gruźlicy skóry, w których po chwilowej miejscowej poprawie nastąpiła generalizacja procesu i zejście śmiertelne. Stosowanie lampy kwarcowej jest przeciwwskazanem przy czynnej gruźlicy płuc, gruźlicy gruczołów oskrzelowych, przy niewyrównanych wadach serca i przy chorobach nerek.

W dyskusji kol. Mogilnicki podkreśla dobre działanie lampy kwarcowej w krzywicy, tężyczce i powiększonych gruczołach wnękowych, przy wysiękach, które się szybciej wchłaniają oraz radzi ją stosować u kobiet karmiących celem zwiększenia pokarmu. Przy gruźlicy gruczołów ze stanem podgorączkowym można lampę kwarcową ostrożnie stosować; przy minimalnem jednak podwyższeniu ciepłoty naświetlanie należy natychmiast przerwać. Kol. Kniechowiecki zaznacza, że powyższa ostrożność niezawsze wystarcza i przytacza wypadek powiększenia gruczołów chłonnych z temperaturą — 37,1° u jedenastomiesięcznego dziecka, które było naświetlane lampą kwarcową. Gdy ciepłota nieznacznie się powiększyła naświetlanie przerwano, jednak wkrótce nastąpiło gruźlicze zapalenie opon mózgowych zakończone śmiercią. Kol. Kniechowiecki otrzymywał dobre wyniki przy stosowaniu lampy kwarcowej na pęknięte brodawki sutkowe.

Kol. Gliksman zapytuje, czy stosuje się lampę kwarcową przy obrzęku śluzakowatym i w astmie oskrzelowej oraz dlaczego promienie słoneczne w jednych miejscach na proces chorobowy działają, a w drugich nie. Kol. Ładyński zapytuje, czy promienie pozafiołkowe, wpływają na hypertonję.

Kol. Lubicz podkreśla dobre działanie lampy kwarcowej na różę, oraz gruźlicę kości, a specjalnie na ropnie opadowe.

Kol. Mikłaszewski proponuje wprowadzić do powszechnych szkół lampę kwarcową pod tym warunkiem, aby naświetlania dokonywały wykwalifikowane pielęgniarki, a nie kierowniczki szkół.

Kol. Margolisowa stosuje ostrożnie lampę kwarcową przy gruźlicy gruczołów wnękowych pod kontrolą ciepłoty i OB. Jeżeli OB wypadł mniej niż 100 minut, to się nie naświetla; przy liczbach wyższych naświetlanie odbywa się ostrożnie.

Kol. Reichman stosował promienie pozafiołkowe przy schorzeniu skóry z wynikiem dobrym.

W odpowiedzi kol. Makowski zaznacza, iż trudno mu jest na szereg pytań odpowiedzieć, albowiem nieznany nam jest dotychczas skomplikowany mechanizm działania promieni pozafiołkowych na organizm ludzki. Doświadczenie nas uczy, iż świetne wyniki otrzymujemy w tężyczce, krzywicy, stanach artretycznych i dystroficznych.

Sekretarz: *Dr. A. Tenenbaum.*

Posiedzenie w Szpitalu „Kochanówka" w dniu 22. września 1929 r.

1. Kol. Kiełmuciowa demonstruje przypadek *„Dementia paranoica"* u mężczyzny.

2. Kol. Marzyński demonstruje chorą od lat 11 z urojeniami wielkościowemi. Rozpoznanie: *„Paralysis progressiva"*.

W dyskusji Kol. Frenkiel zaznacza, że przebieg choroby i objawy przemawiają raczej za psychozą okresową u osobnika kiłowego ze względu na długotrwałość choroby i brak pleocytozy.

3. Kol. Dokontowa demonstruje kobietę z okresową psychozą (5 nawrót). Ojciec alkoholik, brat chory umysłowo, w dalszej rodzinie wiele wypadków psychozy. Urojenia wielkościowe bez niedołęstwa umysłowego. Rozpoznanie: *„Postać manjakalna porażenia postępującego"*.

4. Kol. Marzyński demonstruje przypadek *schizofrenji* u 20-letniego mężczyzny.

5. Kol. Kiełmuciowa wygłasza odczyt: *„Zaburzenia psychiczne przy zatruciu dwusiarczkiem węgla"*.

W dyskusji nad odczytem zabierali głos koledzy Urbach, Hurwicz, Frenkiel i Starzyński.

6. Kol. Marzyński wygłosił odczyt: *„O przypadkowych zatruciach gardenalem"*.

W dyskusji zabierał głos Dr. Frenkiel.

7. Kol. Gontarski wygłosił odczyt: *„Praca, jako czynnik leczniczy w zakładach psychiatrycznych"*.

W dyskusji nad odczytem zabierał głos Dr. Starzyński, dowodząc, że praca umysłowo chorych ma znaczenie nietylko lecznicze, lecz również ekonomiczne i społeczne.

Posiedzenie w dniu 2. X. 1929 r.

Kol. Grosglik pokazuje: 1) Mężczyznę 53-letniego *z ciężką białaczką szpikową, powikłaną wrzodem dwunastnicy*. W ciągu kilku lat białaczki nie rozpoznano, nad całym obrazem górowały objawy ze strony układu trawiennego; jednocześnie — przewlekłe zapalenie nerek, gwałtowne bóle głowy. Naświetlania w trzech serjach śledziony oraz w dwóch wszystkich dostępnych kości doprowadzały stan krwi niemal do normy, a śledzionę do stanu niewyczuwalności. Wraz z rozpoczęciem roentgenoterapji nastąpiła poprawa ze strony układu pokarmowego i nerek: znikły wszelkie bóle po jedzeniu, mocz bez białka i wałeczków, wysoki stopień nadkwaśności (ogólna 82, HCl wolny 70) ustąpił miejsca kwasocie prawie zwykłej (ogólna 52 HCl wolny 42); pod koniec czwartego leczenia widać było jeszcze niszę na tylnej płaszczyźnie opuszki, obecnie zaś — po upływie 7 mies. od chwili rozpoczęcia roentgenizacji — na miejscu, gdzie była nisza, widać jeszcze uwypuklenie na małej krzywiźnie opuszki. Wynik lecze-

nia świadczy o związku przyczynowym między białaczką szpikową a wrzodem dwunastnicy, czego, zdaje się dotychczas nikt jeszcze nie opisywał. Bergman mówi o możliwości powstawania wrzodu trawiennego pod wpływem ucisku ze strony granulomatów lub guzów limfatycznych; sam jednak tego nie widział, a powołuje się tylko na anatomopatologów. Tem ciekawsza, że nasz chory dotknięty jest białaczką szpikową. Prawdopodobnie i zachorzenie było w związku z białaczką: albo, jako następstwo intoksykacji białaczkowej. Przypadek niniejszy służy zwłaszcza za dowód, że wrzód trawienny nieleczony ani dietą ani wewnętrznemi środkami, może się zabliźnić albo być bliskim zabliźnienia pod wpływem działania promieni Roentgena, stosowanych tylko pośrednio, zatem w małych dawkach.

2) 50-letniego mężczyznę *z rakiem trzonu żołądka.* Chemicznie: achylia, krew utajona. Roentgenologicznie: olbrzymi ubytek całego trzonu żołądka. Objektywnie. na przestrzeni 3 cm pod lewym łukiem żebrowym wyczuwa się guz twardy, o którym trudno orzec, czy należy do żołądka czy też jest zsuniętą ku dołowi śledzioną. Sądząc jednak z ogólnych objawów po naświetlaniach, zbyt słabych i nielicujących z następstwami po roentgenizacji śledziony, kol. Grosglik uważa, że guz ten należał do żołądka. Otóż w dwa tygodnie po rozpoczęciu naświetlań, objawy (bóle gwałtowne, biegunka) ustąpiły, a guz pod łukiem żebrowym zniknął. Spostrzeżenie dowodzi, jak dobroczynnie działać mogą promienie Roentgena, choć tylko paliatywnie, nawet w najrozpaczliwszych przypadkach raka układu pokarmowego.

3) Chorego z *Carcinoma in lupo* na prawej ręce w dolnej części przedramienia. 1918: dwie roentgenizacje wilka na ręku, po których reakcja III stopnia i roentgendermatitis, która pozostała dotychczas. Zmiany te stwierdził kol. Grosglik w 1922 r, widząc wtedy po raz pierwszy chorego. Przed 3 laty powstał rak, który się szerzy wzdłuż i wgłąb. Jakkolwiek *Carcinoma in lupo* znana była i przed erą roentgenowską, nie może ulegać wątpliwości, że oparzenie i długotrwałe zmiany natury zapalno-degeneratywnej dały właśnie w tym przypadku pobudkę do bujania rakowatego, jak to już nieraz stwierdzono u roentgenologów i roentgenotechników.

Jednogłośnie upoważniono Zarząd Towarzystwa do podjęcia tytułem pożyczki 15.000 złotych z „Funduszu Budowy domu dla Tow. Lekarskiego“ na remont nowego lokalu Tow. Lekarskiego. Jednogłośnie postanowiono przedłużyć „Regulamin tymczasowy Tow. Lekarskiego“ na dalsze 3 miesiące. Na zasadzie balotowania przyjęto w poczet członków Towarzystwa następujących kolegów: 1) A. Bendera, 2) L. Boruchowicza, 3) H. Dynkiewicza, 4) Mikona, 5) M. Lesiównę, 6) W. Krasowskiego, 7) S. Makowskiego, 8) M. Rajchmana, 9) M. Urbacha, 10) M. Wajnberga, 11) S. Hajmana, 12) A. Kopciowskiego, 13) J. Wajnsztoka, 14) S. Grynberga, 15) B. Mrówkę, 16) P. Kotoka, 17) P. Wołożyńską,

18) W. Millera, 19) H. Francka, 20) B. Dawidowicza, 21) Akselrada, 22) Szepsa, 23) Iwaszkiewicza, 24) Zieglera, 25) Mazura.

Następnie kolega Z. Danielski (jako gość ze Lwowa) wygłosił odczyt: *„Leczenie tlenem, a sanatorja przyszłości"*.

Posiedzenie z dnia 16. X. 1929 r.

1. Kolega Schweig demonstruje 2 przypadki: 1) młodą kobietę *z jaglicą*, u której pod spojówką górnej powieki stwierdzono mały twardy guz; guz ten po wyłuszczeniu okazał się otorbioną maścią; 2) następnie mężczyznę *z ropnem zapaleniem dróg łzowych*, u którego osiągnięto zupełne wyleczenie stosowaniem Hydrargyrum — fluoresciny.

2. Następnie kol. Polak wygłosił odczyt: *„Choroby allergiczne w praktyce codziennej"* z pokazami chorych oraz metody leczniczej.

W dyskusji nad odczytem zabierali głos koledzy: Grinberg, Kryszek, Bender, i Frenkiel.

3. Kol. Justman demonstruje *rdzeń młodego mężczyzny z dużym wylewem krwawym;* pacjent podnosząc ciężką skrzynię, poczuł ból w szyjowej części kręgosłupa z uczuciem drętwienia w górnych kończynach, a następnie porażeniem dolnych kończyn i pęcherza.

Wieczór seminaryjny w dniu 23. X. 1929 r.

1. Kol. Skalski stawia wniosek wystąpienia do Ministerstwa Wyznań i Oświecenia o przywrócenie nauczania higjeny w wyższych klasach szkół średnich.

Obecni przyjęli wniosek i przekazali Zarządowi do wykonania.

2. Wysłuchano sprawozdań referatów z XIII zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich w Wilnie. Kol. Mogilnicki zdaje sprawozdanie z Sekcji Pedjatrycznej, w której lekarze Łódzcy wygłosili 6 odczytów. Kol. Kryszek zdaje sprawozdanie z Sekcji Internistycznej, w której lekarze łódzcy wygłosili 10 odczytów. Kol. Starzyński zdaje sprawozdanie z Sekcji Psychiatrycznej. Kol. Helman zdaje sprawozdanie z Sekcji otolaryngologicznej.

Posiedzenie z dnia 6 listopada 1929 r.

1. Kol. Dynkiewicz przedstawia z oddziału dr. Frenkla chorą, która przechodziła 5 miesięcy temu *zapalenie mózgu z objawami wybitnej senności, podwójnego widzenia oraz ślinotoku.* Powyższe objawy obecnie ustąpiły, stwierdza się natomiast twarz maskowatą, oraz ruchy choreatyczne o wielkiej amplitudzie, wzmagające się podczas wysiłku fizycznego i przypominające ruchy hemiballiczne Kusmaula. Kol. Dynkiewicz podkreśla rzadkość występowania podobnych ruchów w parkinsonizmie.

2. Kol. J u s t m a n przedstawił z oddziału chorób nerwowych IV Szpitala Wojskowego w Łodzi (ordynator dr. Br. Frenkiel) chorego J. G. lat 28 z *zespolem Benedikta* t. j. porażeniem gałązek nerwu okoruchowego lewego, zaopatrujących mięsień rzęskowy i zwieracz źrenicy, oraz niedowładem prawostronnym, więcej wyrażonym w kończynie górnej prawej, z drżeniem w kończynach porażonych, szczególnie silnem w kończynie górnej, w której drżenie to ma charakter rzucania *(ballismus)*. Zespół ten wystąpił względnie nagle koło nowego roku 1928 i od tego czasu utrzymuje się bez zmiany. Ponieważ w narządach wewnętrznych oprócz lekkiego szmeru skurczowego zmian nie znaleziono, Wasserman we krwi i w płynie mózgowo-rdzeniowym ujemny, odczyn Biernackiego równa się 420', przeto rozpoznano zator małej gałązki *a. cerebri post. sin.*, unaczyniającej między innemi jądro okoruchowe i jądro czerwone. Rozpoznanie przypuszczalne, postawione w klinice neurologicznej warszawskiej, a opiewające: *tuberculoma n. rubri sin.* wobec braku absolutnego jakichkolwiek oznak gruźlicy wyłączono. (Autoreferat).

3. Koledzy M a ś l a n k a i G r o s g l i k pokazują 21-letnią chorą z *Sclerosis dissem.;* V. 29: *paraparesis;* chora nie może chodzić, chwieje się i przewraca. Babiński obustronny. *Clonus patellaris, Nystagmus* w lewo. Odruchy brzuszne, z wyjątkiem prawego górnego, zniesione. 31. V. — 18. VI. 29: roentgenoterapja mlecza. Stan 21. X. 29. chód pewny, z lekka ataktyczny. OK tylko wzmożone, OA normalne. Babiński obustronnie nieobecny. Rossolimo i Mendel-Bechterew dodatnie. Odruchy brzuszne prawostronne i lewostronny górny zachowane. Bóle i zawroty głowy. Stan podobny do majowego istniał już przed trzema laty i poprawił się samoistnie, to samo więc mogło nastąpić i tym razem. Z uwagi jednak na zwykłą trwałość objawu Babińskiego, a poniekąd i zniesienie odruchów brzusznych, wpływ promieni Roentgena w tym wypadku jest bardzo prawdopodobny.

4. Kol. G r o s g l i k pokazuje 30-letnią *z lymphogranulomatosis.* Początek — rok przed zgłoszeniem się. XII. 28: bóle brzucha, dreszcze, poty, gorączka, chudnienie. I. 29: pierwsze gruczoły widoczne. IV. 29: wystąpił kaszel i swędzenie. 11. V. 29: w jamie nadobojczykowej prawej duży guz nierówny. Kaszel, duszność. Śledziona nie wyczuwalna. Pod łukiem żebrowym prawym, jak również w całym brzuchu wyczuwa się konsystencja wzmożona, brzuch bardzo bolesny. W płucach na dużej przestrzeni świsty, miejscami oddech oskrzelowy, egofonia. Roentgenologicznie: guz śródpiersia. Krew: Hb 40; Er. 2,900.000; aniso i — pojkilocytoza, leukopenia, brak eozynofilji, objaw opaskowy dodatni, oporność krwinek zniżona. 11. V. — 18. VI. 29. naświetlanie śródpiersia, w głębi 40—45% HED. Odrazu poprawa: ustąpienie swędzenia, rozejście się guza nad obojczykiem bez naświetlania. Po czterech miesiącach: stan b. dobry, chora pracuje. Od kilku dni swędzenie silne. Nad prawym obojczykiem trzy gruczoły wielkości laskowego orzecha i mniej. Roentgeno-

logicznie: płuca jasne, prawidłowe cienie wnękowe; ledwo dostrzegalne cienie śródpiersia na wysokości łuku aorty. W płucach tylko cokolwiek drobnych rzężeń. Znaczna poprawa ze strony krwi.

5. Kolega Jelenkiewicz przedstawia kobietę 25-cio letnią, chorą od trzech lat. Choroba zaczęła się od zaparcia stolca, od czasu do czasu dostawała silnych bólów brzucha w postaci kolki, napady takie przypominały *subileus* lub kolki nerkowe, względnie kolki żółciowe. Cierpienie to kol. Jelenkiewicz rozpoznaje jako *Dolichosigmę* ze wszystkiemi charakterystycznemi objawami: 1) kolki, 2) *obstipatio* 3) *subileus*.

6. Kol. Hurwicz wygłosił odczyt pod tytułem: *„Patologja urazowa Łodzi"*. Rzecz ukaże się w druku.

W dyskusji nad odczytem zabierali głos koledzy: Miklaszewski, Sterling, Frenkiel, Śliwiński, i mówca.

7. Kol. Sew. Sterling zdaje sprawozdanie ze „Zjazdu Lekarskiego w Wilnie"; uzupełnia niektóremi szczegółami sprawozdanie wygłoszone na poprzedniem posiedzeniu; omawia wykłady ogólne prof. Marchlewskiego, Godlewskiego, Piaseckiego, i Świętosławskiego; podkreśla udział w Zjeździe lekarzy łódzkich, którzy wygłosili 10 odczytów, co stanowi 10% wszystkich referatów internistów; interniści, jako też pedjatrzy, zajęli trzecie miejsce pośród miast polskich pod względem ilości wygłoszonych referatów; zwraca uwagę na to, że pomimo wielkiej ilości tematów — nie było tam tematów terapeutycznych w przeciwieństwie do zjazdów dawniejszych; mówi dalej o rezolucjach zjazdu, o żądaniach stworzenia poradni przeciwgruźliczych, o skasowaniu monopolu spirytusowego, o konieczności wychowania fizycznego; nie zapomina wytknąć błędów organizacyjnych, (np. brak dyskusji z winy prelegentów, którzy po wygłoszeniu referatu wychodzili). Porównywując zjazd ze zjazdami poprzedniemi — podkreśla zwłaszcza wysoki charakter naukowy zjazdu.

H. Ruegier.

Protokół z posiedzenia z dnia 20 listopada 1929 r.

1. Kol. Schweig przedstawia: chora H. W. liczy lat 19, Ojciec liczy lat 48, nie widzi dobrze i nosi stale okulary (chora mówi o nim, że jest również krótkowzroczny), matka licząca lat 49; trzej bracia i trzy siostry widzą dobrze i nie noszą szkieł. Jeden brat, mając lat 14, umarł; chorował na epilepsję, był o trzy lata młodszy od przedstawionej pacjentki.

Ona sama widzi źle od dzieciństwa, nosi stale okulary, któremi posługuje się zarówno przy patrzeniu na odległość jak też i przy czytaniu. Ukończyła 4 klasy szkoły powszechnej, dalej się nie uczyła, gdyż lekarz jej zabronił natężenia wzroku.

Stan oczu przedstawia się jak następuje. Niezborność rogówek obustronna 3 dptr w osi prawej prawie poziomej. Ostrość wzroku po korelacji z plus 11 dptr i plus 2 dptryi w osi prawie

poziomej na każdem oku 6/24 do 6/18 niezupełnie. Ułożenie powiek normalne. Przy oglądaniu gałek ocznych odrazu spostrzegamy bardzo głębokie przednie komórki i falowanie tęczówek *(iridodonesis)*. Źrenice są wązkie, na światło jeszcze bardziej się zwężają. Już przy wązkich źrenicach widzi się, że większa ich część jest ciemno-czarna przy braku soczewek, a tylko mały wycinek w kierunku nosowo-górnym wykazuje refleks szarawy po stronie źrenicznej zaokrąglony, pochodzący od rąbka wywichniętej w ten sposób soczewki. Mamy zatem do czynienia z obustronnym wywichnięciem soczewek, przyczem przesunięte są one obie na każdem oku w kierunku nosowo-górnym (a więc ku sobie), jako przyrodzona anomalja.

Na homatropinę źrenice bardzo wolno się rozszerzają (przy niebieskich tęczówkach pacjentki należałoby oczekiwać szybkiego działania homatropiny). Widzimy wtedy bardzo ładnie sięgające w obręb źrenic części soczewki, przepuszczających dobrze światło. Od widocznego rąbka soczewki-równika, widzimy strzępy włókien Zinniego, przeciągające poprzez źrenicę i ukrywające się pod tęczówką. Przebieg ich podany będzie dalszemu badaniu pod lampą szczelinową.

2 i 3. Kol. B o c z k o przedstawia dwa wypadki ***moczówki prostej (diabetes insipidus)***. Pierwszy dotyczy 15-letniego chłopca, chorego od trzech lat; oddaje moczu do 60 litrów na dobę, Wass. ujemny; roentgen czaszki nic nie wykazał. Chory waży 33 kilo: OB równa się 120. Mocz o ciężarze gatunkowego 1000—1001—1003; wywiady rodzinne bez znaczenia. Podczas pobytu w szpitalu miał dwa ataki padaczki. Leczenie dotychczas bez efektu.

Drugi przypadek dotyczy mężczyzny 44-letniego; wywiady rodzinne bez znaczenia, choruje od dwóch miesięcy; oddaje moczu do 20 litrów na dobę. Wasser. ujemny; roentgen czaszki — nic nie wykazał. Przed dziesięciu laty rzekomo kiła; był leczony; waży 55 kg. P. P. 125/70; ciepłota prawidłowa. Mocz o ciężarze gatunkowym 1000—1005. Przy próbie suchej oddał moczu w ciągu 2 godzin 620,0 o ciężarze 1009. Leczenie nowasurolem dało efekt przejściowy. W obu wypadkach będzie stosowane naświetlanie głębokie Roentgenem.

W dyskusji nad temi dwoma pokazami kol. M a r g u l i s zwraca uwagę na to, że pierwszy chory robi wrażenie degeneranta, nie zgadza się z rozpoznaniem drugiego chorego, cierpienie raczej przemawia za polidypsją, a nie moczówką prostą.

Kol. P i k zapytuje, w jakim celu podawano nowasurol.

Kol. L i p k o w i c z zapytuje: „dlaczego przy braku zmian czaszkowych — proponuje się głęboką roentgenoterapję".

Kol. G r o s g l i k: „czy był badany płyn mózgowo-rdzeniowy? Czy można wykluczyć istnienie w przypadkach tych nowotworu".

Kol. P r a s z k i e r zapytuje, czy była badana krew na chlorki i cukier.

Kol. B o r n s t e i n R. jest zdania, że działanie novasurolu tłómaczyć należy, jako działanie leku przeciwkiłowego.

Kol. J e l e n k i e w i c z uważa, że niema żadnej wątpliwości co do rozpoznania schorzenia w przypadkach obu, chociażby tylko ze względu na ilość oddawanego moczu; *diabetes insipidus* może powstawać i przy braku zmian w tylnej części przysadki, bywa to naprz. przy *encephalicie,* gdy mamy uszkodzenie *mesencephalon.*

Kol. B o c z k o w odpowiedzi mówi, że chociaż nie jest znany sposób działania novasurolu są jednak opisywane przypadki wyleczenia po stosowaniu tego leku. Głębokie naświetlanie stosuje się dlatego, że nie jest wykluczone istnienie nowotworu w głębszych warstwach mózgu i dlatego też nie robiono nakłucia w celu wydobycia płynu mózgowo-rdzeniowego.

4. Kol. D y n k i e w i c z przedstawia z oddziału neurologicznego Dr. Frenkla przypadek *niedowładu kończyny po rażeniu piorunem.* Szeregowiec Stefan D. pełnił w nocy służbę podczas burzy w lesie. Nagle zauważył błysk i stracił przytomność na kilka minut. Gdy ją odzyskał, udał się do koszar, gdzie po rozebraniu się stwierdził na zewnętrznej powierzchni lewego ramienia trzy rany powierzchowne, od których szły czarne smugi w postaci gwiazdy, przyczem kończyna górna lewa miała zabarwienie brunatne, lewa zaś dłoń zajęła zabarwienie sino-czerwone. Chirurg, który nazajutrz widział chorego, zakwalifikował obrażenia na lewem ramieniu, jako oparzenie drugiego stopnia.

Objektywnie stwierdzono: koncentryczne zwężenie pola widzenia, zniesienie odruchów śluzówkowych, trzy blizny pooparzeniowe na lewem ramieniu, skóra na obu powierzchniach dłoni lewej jest barwy sinawej, lewa dłoń zimniejsza i bardziej potliwa, osłabienie en masse siły mięśniowej lewej kończyny górnej, zaniki mięśniowe, oraz zniesienie czucia bólwego, dotykowego i cieplnego w obrębie lewej kończyny górnej z wyjątkiem przyśrodkowej .powierzchni lewego ramienia.

Kol. D y n k i e w i c z podkreśla zajęcie między innemi włókien sympatycznych, oraz zwraca uwagę na objawy nerwicy urazowej w postaci koncentrycznego zwężenia pola widzenia, zniesienie odruchów śluzówkowych i zaburzeń czucia typu czynnościowego, które to objawy nawarstwiły niedowład właściwy.

5. Kol. A. B e n d e r wygłosił odczyt p. t. *„Zagadnienie niedomogi krążenia w świetle zaburzeń przemiany materji".* Prelegent, rozważając zagadnienie przyczyn niedomogi krążenia stwierdza niewystarczalność tłómaczenia anatomicznego i rozważa powyższe zagadnienie pod kątem zaburzeń przemiany materji w myśl teorji Eppingiera, Menkesa i Longa. W okresie dekompensacji daje się stwierdzić wadliwa przemiana materji w mięśniach ustroju w tym sensie, że tworzący się kw. mlekowy w stopniu niewystarczającym resyntezuje na glykogen, w wyniku czego gromadzi się ów kw. mlek. w tkankach i krwi. Te nadmierne ilości kwasu mlekowego spalają się w organizmie chorym gorzej, aniżeli w zdro-

wym i oddziaływują w sensie ujemnym na sprawność układu moderatorów, który to układ u zdekompensowanego sercowo osobnika wykazuje obniżoną sprawność funkcjonalną.

Skutkiem wyżej wymienionych czynników ustrój zakwasza się, w wyniku czego następuje rozszerzenie kapillarów a zwłaszcza praearteriol tętniczo-żylnych, co sprowadza szybszy przypływ krwi, wzmożony transport kwasu węglowego i gorsze wykorzystanie tlenu przez tkanki. Czynniki te obciążają pracę serca, które na skutek zakwaszenia ulega obniżeniu swego napięcia i dylatacji. W miarę stopniowego wyczerpania układu moderatorów węglanowych i wytworzenia stanu następowej hypo względnie akapnji obwodowe krążenie coraz bardziej odmawia posłuszeństwa, w wyniku czego następuje zwolnienie krążenia, jakie daje się zaobserwować w ostatnim stadjum niedomogi, co ma wybitny wpływ na wytwarzanie się cjanozy, i obok zmian w obrazie białkowym krwi w sensie polyglobulji, ułatwia powstawanie obrzęków.

W dyskusji zabrali głos: Kol. Praszkier podkreśla, że w świetle powyższych rozważań staje się zrozumiały dla niego fakt, że u zdekomp. osobnika, mimo zastoju biernego w żołądku stwierdza się nadkwaśność. Kol. Praszkier widzi w tem celowy odruch obronny ustroju.

Kol. Gliksman nie jest skłonny w powyższych zaburzeniach dopatrywać się przyczyn niedomogi, sądzi on, że jednakowoż przyczyny mechaniczne, jak chociażby zanik elastyczności ścian naczyniowych przy hypertonji, zwężenie otworu przedsionków komorowych przy stenozie mitralnej i t. p. czynniki odgrywają rolę decydującą. Jako przykład podaje jeszcze pęknięcie serca, jakie zanotowano wypadkowo u lekko-atletów przy ciężkim wyczynie sportowym.

Kol. J. Kon, zbijając wywody kol. Gliksmana, zaznacza, że ostatni wraca do rzeczy od jakich nauka właśnie odeszła i stwierdza, że kliniki nowoczesne stoją całkowicie pod znakiem rozważań owych zagadnień, które kol. Bender poruszył.

Prelegent w odpowiedzi zaznaczył, że zgadza się z kol. Praszkierem, uważając jednocześnie, że *hyperaciditas* jest jednym z objawów wagotonii, jaka daje się zauważyć w okresie dekompensacji. Z zapatrywaniem kol. Gliksmana zupełnie się nie zgadza, nie negując zresztą czynników mechanicznych, o których zresztą w toku odczytu mówił, ale posługiwanie się li tylko temi czynnikami sprawy nie rozwiąże. Wskazuje jako przykład ową właśnie stenozę mitralną, która w obrazie klinicznym nie postępuje naprzód, a mimo to następuje dekompensacja. Owo pęknięcie serca u lekko-atletów jest zależne od zaburzeń w obwodowym krążeniu, a to dlatego, że przy intensywnej pracy mięśniowej następuje właśnie zakwaszenie, zależne od gromadzącego się w ustroju kw. mlek. i od retencji CO na skutek niewystarczającej wentylacji płuc. Spowodowana przez to silnie zwiększona szybkość przypływu obciąża kolosalnie serce, które (zwłaszcza nietrenowane) — na skutek zakwaszenia ulega dilatacji. Ową niedomogę

krążenia u sportowców „effort syndrome" — Lewis właśnie tłómaczy zaburzeniami przemiany materji kw. mlek. i spowodowaną przez to niedomogą obwodowego krążenia.

P r o t o k ó ł z p o s i e d z e n i a z dn. 27. listopada 1929 r.

1. Kol. R e i c h e r przedstawia z ambulatorjum chorób skórnych (ordynator Layberg) szpitala im. Poznańskich:

a) 34 letnią kobietę, u której na skórze kolana występują przeplatające się smugi hiperpigmentacji, atrofji i telangiektazji. W środku owrzodzenie o dnie nierównem. W anamnezie: przed 5 laty wielokrotne naświetlanie promieniami Roentgena z powodu bliżej nieznanej dermatozy. Owrzodzenie wystąpiło po czterech latach po ostatnim naświetlaniu. *Uszkodzenie promieniami Roentgena: Roentgenulcus.*

b) 5 letnią dziewczynkę, u której na skórze zgięcia łokciowego występują smugi telangiektazji, atrofji, i hiperpigmentacji. Z anamnezy dowiadujemy się, że pacjentka była kilkanaście razy naświetlana promieniami Roentgena z powodu neurodermitu. *Roentgendermatitis chronica.*

c) 17 letnią pacjentkę, u której występują następujące zmiany: 1) Na skórze ciała, policzków i podbródka plamy różowo-czerwone, układające się w figury elipsoidalne, okrągłe, drzewiasto rozgałęziające się. 2) Na klatce piersiowej w okolicy stawu obojczykowo-mostkowego plamy w postaci pierścieni o środku odbarwionym i obwodzie przebarwionym o zabarwieniu bronzoworóżowem. 3) Takież zmiany na piersiach w otoczeniu brodawki sutkowej. 4) Na plecach plamy czerwone, w zupełności przypominające znamiona macierzyste płaskie — *naevus flammens.* 5) Na przedramionach plamy czerwono-sine, obrączkowate, znikające przy pocieraniu —*livedo calorica.* Zmiany te przechodzą w obwodową sinicę rąk. 6) Na podudziu prawem dwa owrzodzenia o brzegach równo ciętych, pokryte strupami. Z anamnezy wynika, że matka pacjentki roniła w trzecim miesiącu ciąży rok przed narodzeniem się pacjentki. Wassermann matki i pacjentki ++++. Mamy do czynienia z *późną kiłą naczyniową skóry — livedo racemoza luetica.*

Według poglądów szkoły francuskiej należy zapatrywać się na *znamiona macierzyste płaskie,* jako na podejrzane stygmaty kiły wrodzonej, a to wobec częstej koincydencji tych dwóch spraw.

2. Kol. S z y f m a n przedstawia przypadek niezupełnie jasny pod względem rozpoznawczym; rozpoznanie waha się pomiędzy *mesoaortitem kiłowym a guzem śródpiersia (Mesoaortitis luetica cum dilatatione aortae aut tumor mediastini.*

3. Kol. G r o s g l i k wygłasza odczyt pod tyt.: *Leczenie wrzodu trawiennego żołądka i dwunastnicy promieniami Roentgena.*

W dyskusji zabrał głos kol. L i p k o w i c z i prelegent.

4. Kol. J u s t m a n pokazał rdzeń zmarłego 12. X. 1929 r. R. L. lat 31, który 15. X. 1928, podczas podnoszenia ciężkiej skrzyni

nagle poczuł, że mu coś trzasło w części szyjnej kręgosłupa, a ręce zaczęły mu drętwieć i słabnąć. Nazajutrz kończyny górne były już całkiem słabe, a po dwóch tygodniach zaczęły słabnąć kończyny dolne, wystąpiło zatrzymanie naprzemian z nietrzymaniem moczu oraz zaparciem stolca. 5-cio miesięczny pobyt w szpitalu, gdzie leżał w wyciągu, sprowadził dalsze pogorszenie w postaci zupełnego bezwładu kończyn dolnych, oraz odleżyn. W domu nastąpiła pewna poprawa tak, że chodził koło stołu, trzymając się go, lecz od 23. VIII. 1929 r. znów pogorszyło się i utworzyła się nowa odleżyna. Na oddział chorób nerwowych Szpitala Okręgowego Nr. IV, (ordynator dr. B. Frenkiel) przyjęty został 12. IX. 1929 r. Badanie wykazało całkowity bezwład tułowia i kończyn dolnych, wyżej w mięśniach karku i szyi objawy podrażnienia: wzmożenia napięcia mięśni, a przeto utrudnienie ruchów czynnych i biernych, nieco bolesnych. Rozległe zaniki mięśni kończyn górnych przy zachowanych wszystkich ruchach, wykonywanych jednak bez siły. Znaczne zaniki mięśni kończyn dolnych, na udach większe, niż na podudziach. Zniesienie odruchów brzusznych, nosidłowych, podeszwowych i ścięgnowych kończyn dolnych. Z odruchów kończyn górnych jedynie *bicipitalne* b. słabe, pozostałe — zniesione. Nerwy czaszkowe i źrenice zmian nie wykazują. Czucie dotyku bólu i cieplne osłabione w pasie D_3—D_5, niżej do D_{12} zniesione, dalej do kolan znacznie upośledzone, niżej trochę mniej upośledzone. Czucie głębokie palców stóp i samych stóp zniesione, wyżej zachowane.

Tony serca czyste; P —116. W płucach norma. W brzuchu mocno wzdętym pęcherz występuje w postaci mocno napiętego guza. Cewnikiem wypuszczono dwie kaczki cuchnącego mętnego moczu, w którym znaleziono 12% białka, ropę, trójfosforany i plemniki. Nakłuciem lędźwiowem wypuszczono pod małem ciśnieniem około 3 cm^3 płynu ksantochromicznego, w którym znaleziono 12% białka, poniżej 5 ciałek ropnych na jeden mm^3. Nakłucie cysterny ujawniło normalny płyn mózgowo-rdzeniowy, wyciekający pod dużem ciśnieniem. Stan chorego się pogarszał, powstała wielka i głęboka odleżyna na pośladkach, wystąpiła gorączka septyczna i wśród objawów narastającej słabości serca nastąpiła śmierć 12. IX. 1929 r. Po 12 godzinach wyjęto rdzeń i utrwalono w płynie Kayserlinga. Opierając się na nagłym początku po wielkim wysiłku i na szybkim narastaniu objawów rozpoznano wylew krwi do rdzenia z całkowitem prawie zniszczeniem istoty szarej i znacznem uszkodzeniem istoty białej na wysokości od 3-go—5-go segmentu piersiowego. Istotnie, największe zmiany znaleziono na tej wysokości, niżej rozmiary krwotoku zmniejszają się. Lecz nawet w miejscach niżej i wyżej położonych, gdzie makroskopowo wylewu krwawego niema, rysunek normalny przekroju rdzenia jest całkiem zatarty, co świadczy o głębokich zmianach histologicznych. (Autoreferat). P. S. Rzecz będzie omówiona obszerniej zarówno z punktu widzenia klinicznego, jak i anatomopatologicznego w oddzielnej pracy.

Protokół posiedzenia z dnia 4. grudnia 1929 r.

1. Kol. Reicher przedstawia chłopca lat 5, który na plecach ma duże *znamię macierzyste płaskie*. Z anamnezy dowiadujemy się, że ojciec ożenił się wkrótce po infekcji kiłowej. Dziecko rozwijało się źle, ma słuch przytępiony. Wassermann ++++. W związku z przedstawionym na poprzednim posiedzeniu przypadkiem rzuca się w oczy częstość znamion macierzystych płaskich u dzieci z kiłą wrodzoną.

2. Zbiorowy odczyt pod tyt.: *„Nowe kierunki badania zmian w ustroju chorych na suchoty płucne"* — wygłosili kol. H. Gliksman, M. Dawidowicz, M. Kocen, H. Reiterowski, L. Szyfman, i P Wołożyńska. A) Kol. Wołożyńska referowała: *„O napięciu powierzchniowem surowicy krwi w suchotach płucnych"*. B) Kol. M. Dawidowicz omówił: I. *Stosunek albumin do globulin;* II. *Odczyn Biernackiego* i III. *Przemianę wodną w suchotach płucnych*. C) Kol. Szyffman referował: *O zmianach w przemianie wodanów węgla i ciał nukleinowych we krwi w suchotach płucnych*. D) Kol. Reiterowski referował: *O zmianach w ustosunkowaniu elektrolitów potasu i wapnia w suchotach płucnych*. E) Kol. M. Kocen referował: *O zmianach w obrazie morfologicznym krwi w suchotach płucnych*. Kol. H. Gliksman: *O najnowszych poglądach na patogenezę gruźlicy we współczesnej klinice francuskiej*.

Protokół posiedzenia z dnia 11 grudnia 1929.

1. Kol. Załęski omawia historję *szczepień błoniczych;* oznajmia, że w Warszawie i w Łodzi utworzone zostały poradnie szczepień przeciwbłoniczych z udziałem przedstawicieli Rządu, Samorządu i Kas Chorych. Komitet Łódzki otrzymał od tych instytucyj fundusze pieniężne i w styczniu roku przyszłego przystąpi do akcji szczepień.

2. P. Doc. Dr. H. Sparrow (gość z Warszawy) wygłosiła odczyt p. t.: *„Szczepienia zapobiegawcze przy błonicy"*. (Praca ukaże się w druku).

W dyskusji: kol. Mogilnicki zwraca uwagę, że w szpitalu Anny-Marji również zwiększyła się ilość chorych na błonicę; przypadków z objawami mózgowemi nie widziano. Zapytuje prelegentkę, czy można szczepić dzieci z eczematami i scrophulus'em; jak przedstawia się sprawa szczepień przeciwpłoniczych anatoksynami; czy zapalenie nerek nie jest przeciwwskazaniem dla szczepień.

Kol. Cygler zapytuje, czy w sprzedaży znajdują się szczepionki mieszane.

Kol. Knichowiecki zapytuje: ile szczepień należy dokonać i w jakich odstępach czasu.

Kol. Gutentag wspomina o nowej metodzie Loewensteina wcierań doskórnych; Loewenstein nie widział przy tej metodzie skutków ujemnych, ciepłota nie zjawiała się; ilość uod-

pornionych podaje na 80%; zapytuje, czy nie należałoby stosować tej metody.

Kol. Lewiówna stosowała szczepienie anatoksyny w żłobku T. O. Z. w ilościach — 0,5—1, 0—1,0; u wszystkich dzieci Schick był ujemny; po 5 miesiącach Schick był nadal ujemny u wszystkich dzieci. Ubocznych objawów nie widziała.

Kol. Liniecki. Czy nie można stosować szczepień doustnie?

Kol. Dynenson. Czy należy szczepić dzieci, które przeszły błonicę i czy albuminurja powstała po szczepieniu jest przeciwwskazaniem do dalszych szczepień

Kol. Żurkowski podkreśla fakt zwiększania się zjadliwości wraz z narastaniem szczepień. Zdawałoby się, że powinno być odwrotnie; jeżeli ustrój stygmatyzuje drobnoustroje — jedne ustroje stają się odporniejsze w innych zaś ustrojach niestygmatyzowane ustroje nabierają większej żywotności.

Kol. Załęski widział już dawniej narastanie zjadliwości błonicy; stosowano wtedy w dużej ilości surowice dożylnie ale bez skutku; tłómaczą to teraz złem przygotowaniem surowicy.

Kol. Ładyński. Liczby zgonów podane dla Polski są ścisłe; ilość przypadków zgonów zależy nie tyle od *genius epidemicus*, ale od ilości zgłoszeń. Obecnie w Łodzi ilość zgonów od duru i płonicy przewyższa łącznie o jeden ilość zgonów od błonicy. Zapytuje czy uodpornienie części ludności zmienia charakter drobnoustrojów, przez co stają się one bardziej zjadliwe dla drugiej części ludności; zapytuje, czy należy robić przed szczepieniem próbę Schicka. W Ameryce w szkołach różnych narodowości ilość Schicków jest różna; największa ilość ujemnych Schicków otrzymano w szkołach anglo-saskich; tłómaczą to różnego rodzaju warunkami mieszkaniowemi; w Łodzi zdaniem kol. Ładyńskiego można byłoby szczepić bez stosowania Schicka.

W odpowiedzi p. Doc. Sparrow. Francuzi i Amerykanie szczepią wszystkie dzieci. Unika się szczepienia u dzieci z gruźlicą czynną i u nefrytyków. Samych szczepień nie należy się obawiać, należy się liczyć jednak z psychiką ludności. We Francji używa się szczepień mieszanych. W Warszawie też używa się szczepień mieszanych (nie w tej akcji). Należy szczepić po odczynie i w zależności od Dicka i Schicka i daje się albo czystą anatoksynę lub mieszaną; pomimo atoksyczności anatoksyny należy badać mocz przed szczepieniem; przy zmianach w nerkach, należy też wstrzymać się ze szczepieniami. Mieszane szczepionki mają nazwę „P. B.". Odczyn Schicka jest zabiegiem bezbolesnym, odczyn zależy od wieku, od warunków mieszkaniowych, kulturalnych. Młodsze dzieci można szczepić bez Schicka, ale po szczepieniu dla kontroli należy robić Schicka. Szczepić należy trzy razy; drugie szczepienie po trzech tygodniach. Obecnie Ramon ze względu na to, że część dzieci nie zjawia się do trzeciego szczepienia — radzi dokonywać dwóch szczepień. Schicka można przed szczepieniem nie robić, ale po pierwszem szczepieniu posługiwać się Schickiem i przy ujemnym wyniku nie szczepić dalej.

Loewensteinowską szczepionką (Anatoinsalbe) można uodparniać przez skórę. Dzierzgowski stosował już uodpornianie przez nos i w Warszawie uodparnia się częściowo w ten sposób. Wątpliwe jest, czy można otrzymać uodpornienie przy doustnem stosowaniu, ale można natomiast uodporniać przez odbytnicę; wcierań doskórnych dokonywa się trzy razy; skórę należy odpowiednio przygotować.

Błonica nie uodparnia jak to bywa ze szkarlatyną; usposobienie jest dziedziczne. Odporność powstaje po łagodnej przebytej postaci błonicy; po ciężkiej postaci nie otrzymuje się uodpornienia. Po anatoksynie nie widziała białka w moczu; moczu po szczepieniach można nie badać, gdyż nawet zjawienie się białkomoczu nie powinno być przeciwwskazanem do dalszego szczepienia. Zarazek przechodząc przez ustrój odporny staje się mniej zjadliwym; przechodząc przez ustrój wrażliwy staje się bardzo zjadliwy; nie widziano większej zjadliwości u dzieci nieszczepionych, przebywających w towarzystwie dzieci szczepionych.

4. Kol. Tomaszewski przedstawia — operowanego w dn. 11. XII. chorego, z żołądka którego wydobyto 520 gramów różnej wielkości gwoździ; gwoździ było kilkadziesiąt; wszystkie były połknięte jednego dnia; chory skierowany został do szpitala w celu dokonania operacji z powodu rzekomego nowotworu; Roentgen wykrył rodzaj schorzenia.

Protokół posiedzenia z dnia 18 grudnia 1929 r.

1. Kol. Tomaszewski przedstawia 18-letniego młodzieńca po *częściowej operacji wytwórczej przełyku;* dalszy ciąg operacji będzie wkrótce uskuteczniony.

2. Kol. Pik przedstawia chorych ze szpitala w Radogoszczu:

a) M. J. lat 44, chory od 15 tygodni; rozwój obrazu chorobowego w ciągu kilku dni; objawy — bóle głowy, uporczywe wymioty, ślepota częściowa. Objekt. — źrenice szerokie, odczyn bardzo leniwy, ruchy gałek ocznych upośledzone we wszystkich kierunkach. *N. facialis* prawy osłabiony. Babiński lewostr. żadnych niedowładów poza wymienionemi nie stwierdza się. Dno oczu — *chorioretinitis.* Krew Wass.-Mein. ujemne; płyn mózgowo-rdzen. Wass. ujemny, Pandy dodatni. Białko 1%' Poprawa znaczna od początku choroby. Rozpozn. *Poliencephalitis haemorrhagica superior Wernicke'go.*

b) K. H. l. 23. Choroba trwa od 2 lat, rozwój powolny; skargi na bóle głowy, wymioty i niedowład prawostronny. Objekt.: zaburzenia *trigemin.* prawy, *facialis* prawy bez objawów zwyrodnienia, *acusticus* prawy, *glossopharyng.-vagus i hypoglossus* wszystkie ze strony prawej; *hemiparesis spastica dextra.* Babiński obustronnie dodatni. Dno oczu — tarcza zastoinowa. Wa — ujemny. Rozpozn. *Tumor cerebri in ponte* lewostr.

c) N. l. 27. Choroba trwa od lat 5-ciu z postępującem pogorszeniem; skargi na bóle głowy, niedowład połowiczy prawostron-

ny, zawroty głowy. Objekt.: *nystagmus* poziomy; osłabienie; *facialis, acusticus, glossopharyng, vagus, hypoglossus* z drżeniem włókienkowem, wszystkie, po stronie prawej; *hemiparesis spastica* po stronie prawej. Babiński prawostronny. Ataksja cerebellarna. Wa — ujemny. Rozpozn.: *tumor pontocerebellobulbaris* po stronie prawej.

3. Kol. L. D e n g e l wygłosił odczyt pod tytułem: *„O operacji wytwórczej przełyku* (w związku z pokazem operowanego przypadku). Kol. Dengel uzupełnił odczyt pokazem chorej, u której dokonał całkowitej operacji wytwórczej przełyku ze znakomitym skutkiem.

4. Kol. R. K a l e c k a wygłosiła odczyt pod tytułem: *„Wahania poziomu cholesteryny we krwi chorych na raka po naświetlaniu promieniami Roentgena"*.

W 26 przypadkach nowotworów złośliwych zbadano wahania poziomu cholesteryny pod wpływem naświetlań promieniami Roentgena. W 21 przypadkach nastąpiło wzniesienie poziomu cholesteryny ponad 20% w ciągu 1—4 godzin po naświetlaniu. W 4 przypadkach otrzymano wzniesienie poniżej 20%. W 3 przypadkach raka i w 3 przypadkach innych cierpień przeprowadzono blokadę „Argentolem" układu śródbłonkowo-siateczkowego.

Badania wykonano w Instytucie Leczenia Radem Łódzkiego Tow. Zwalczania Raka.

W dyskusji nad odczytem zabierali głos koledzy F r i e d s t e i n, Z a ł ę s k i, G l i k s m a n, K r y s z e k, D a w i d o w i c z i p r e l e g e n t k a.

P r o t o k ó ł p o s i e d z e n i a z dnia 15 stycznia 1930 r.

Posiedzenie wspólne Towarzystwa Lekarskiego i Związku Lekarzy P. P. Obwód Łódzki, w celu uczczenia 50-lecia pracy zawodowej kolegów F. H a e s s n e r a, M. K r o t o w s k i e g o, H. R u n d y, J. K o l i ń s k i e g o i A. L e g i s a.

W zastępstwie nieobecnego prezesa Tow. Lekarskiego, zagaił posiedzenie wiceprezes Dr. B. F r e n k i e l.

1. Kol. T o m a s z e w s k i pierwszy zabrał głos w imieniu Izby Lekarskiej witając jubilatów i podnosząc ich zasługi w ciągu 50-letniej pracy zawodowej.

2. Kol. M ą c z e w s k i stwierdziwszy na początku, iż wszyscy jubilaci byli od początku członkami Tow. Lek., że w ich owocnej pracy zawodowej przyświecały im ideały ogólnie czczonych luminarzy świata lekarskiego, przechodzi do zobrazowania działalności Kol. F. H a e s s n e r a, który od roku 1879 pracuje jako lekarz w Zgierzu, będąc dla pacjentów ojcem w czasie choroby i przyjacielem po wyzdrowieniu. Po za pracą zawodową niema w Zgierzu instytucji społecznej, do której rozwoju nie przyczyniłby się szanowny jubilat.

3. Kol. M a r z y ń s k i omówił działalność kol. K r o t o w s k i e g o. Aby uplastycznić sylwetkę jubilata naszkicował mówca sto-

sunki, jakie panowały w Łodzi, kiedy Dr. Krotowski tu przybył, i jakie zmiany zaszły w ciągu lat 50. We wszystkich pracach kulturalnych wybitną rolę odgrywał Dr. Krotowski. Cechowały jubilata wysokie poczucie obywatelskie, miłość kraju i bliźniego. Wzorowy Kolega, doskonały lekarz, zjednał sobie powszechne uznanie i szacunek.

4. Kol. Mittelstaedt omówił działalność kol. H. Rundy. Nawiązując do zdobywczej wędrówki legjonów rzymskich, których w ciężkiej drodze podtrzymywały drogowskazy z napisami P. P. C. *(pro patria consumor)*, stwierdza, że każdy człowiek ma w swej życiowej wędrówce takie drogowskazy; napisy na drogowskazach życiowych dra Rundy musiały być szczytne, jasne i wzniosłe, sądząc po czynach, jakie wykonał. Jako lekarz praktyk niósł wysoko sztandar godności lekarskiej, nie poprzestał tylko na pracey zawodowo-zarobkowej, ale pracował również naukowo, ogłaszając liczne artykuły w czasopismach lekarskich. Był jednym z założycieli Tow. Lekarskiego, piastując kolejno rozmaite godności w Zarządzie, w roku 1911 został członkiem honorowym Towarzystwa. W pracy kulturalno-oświatowej i społecznej działalność jego była niemniej owocna; wiele instytucyj zawdzięcza swoje istnienie i rozwój jego współpracy gorliwej. „Cześć srebrnym włosom i białej duszy" — kończy prelegent swe przemówienie.

5. Kol. Rueger odczytał depesze gratulacyjne dla jubilatów.

6. Kol. Frenkiel omówił działalność Kol. J. Kolińskiego. Jubilat od początku swej działalności lekarskiej pracował w szpitalach i przywiązywał do tego dużą wagę. Wydał kilkanaście prac naukowych z zakresu okulistyki. Był jednym z założycieli Tow. Lekarskiego, w 1911 r. został członkiem honorowym Tow., następnie jego stałym sekretarzem. Był inicjatorem i jednym z założycieli Tow. Higjenicznego. Przed 30 laty podjął wraz z innymi wydawnictwo Czasopisma Lekarskiego, które istniało przez lat 10 i odegrało wielką rolę w naukowem życiu lekarzy prowincjonalnych. Streszczając artykuł wstępny Czasopisma prelegent daje obraz działalności jubilata i jego poglądów na pracę lekarską.

7. Kol. Handelsman jako długoletni kolega i towarzysz pracy Kol. Kolińskiego uzupełnia jego życiorys i omawia jego działalność społeczną i lekarską.

8. Kol. Krozkin omówił działalność kol. Adolfa Legisa. W roku 1876 skończył on Uniwersytet Warszawski, po odbyciu służby wojskowej osiedlił się w Ozorkowie, gdzie pracuje dotychczas. Swą pracą pełną poświęcenia i głębokiej wiedzy lekarskiej zdobył uznanie w szerokich warstwach społeczeństwa; obecnie na prośbę kolegów objął stanowisko Naczelnego Lekarza Kasy Chorych.

9. Kol. Frenkiel wręczył jubilatom dyplomy na członków honorowych Łódzkiego Towarzystwa Lekarskiego.

10. Kol. Mogilnicki zakomunikował, że zamiast urządzenia uczty jubileuszowej Zarząd Tow. Lek. i Zw. Lekarzy postanowił zebrać ofiary na zakupienie szafy do bibljoteki Tow. imienia jubilatów.

11. Kol. Koliński wygłosił referat o powstaniu Tow. Lekarskiego. W r. 1885 było w Łodzi 27 lekarzy, wtedy powstała myśl założenia Tow. Lek., 12 lekarzy podpisało podanie do władz i trzeba było jechać z tem do Petersburga, aby zezwolenie otrzymać. Do 12 założycieli przyłączyło się następnie 6-ciu i Towarzystwo liczyło 18 członków, z tych żyje obecni 2 (kol. Koliński i kol. Rundo). Do Zarządu wybrani zostali Dr. Lohrer (prezes), Dr. Jonscher (wiceprezes), Dr. Koliński (sekretarz). Następnymi prezesami byli Dr. Jonscher, Dr. X. Jasiński, Dr. Alfred Krusze. Liczba członków stale wzrastała. Na zakończenie podnosi prelegent potrzebę wznowienia wydawnictwa „Czasopisma Lekarskiego".

Protokół posiedzenia z dnia 22 stycznia 1930.

1. Kol. Bergson demonstruje 16 letnią pacjentkę, która przybyła do kliniki *in extremis* po silnym krwotoku *ex utero.* Stwierdzono *wielki guz w miednicy małej,* jednak ciężki stan chorej nie pozwalał na operację; dopiero po transfuzji krwi, którą dał brat chorej, stan jej na tyle się poprawił, że po tygodniu można było przystąpić do laparotomji. Zrosty guza z ważnemi dla życia narządami nie pozwoliły usunąć go radykalnie. Badanie anatomopatologiczne guza wykazało — *sarcoma.* Chora wypisana do dalszego leczenia promieniami Roentgena, których zastosowanie dało wynik doskonały; obecnie z guza wyczuwa się zaledwie zrosty, ogólny stan chorej dobry.

Kol. Lipkowicz, który stosował naświetlania, dodaje, że stan chorej był tak ciężki, że narazie wahał się, czy zastosować duże dawki, zastosował je jednak, ponieważ nie było nic do stracenia, dało to bardzo dobre wyniki.

3. Kol. Lipkowicz demonstruje 15 letniego chłopca ze wsi; *obrzęk prawej strony szyi od szczęki do obojczyka, który częściowo zropiał.* Dr. Myczkowski z Tuszyna przysłał go, jako przypadek podejrzany *o promienicę (actinomycosis).* Badanie bakterjologiczne potwierdziło to rozpoznanie. Po zastosowaniu jednej serji naświetlań promieniami Roentgena stan chorego znacznie się poprawił. Obecnie zgłosił się na drugą serję naświetlań.

3. Kol. Mogilnicki demonstruje 13 letniego chłopca z rozpoznaniem *obrzęk śluzowaty (myxoedema);* pochodzi on z ziemi Kieleckiej. Waży 22 kg (co odpowiada wadze 6 lat, powinien ważyć 37,5 kg). Wysokość 102 cm, odpowiada wysokości dziecka 4 letniego, powinien mieć 145 cm. Leczony thyreoidyną nieregularnie od 20. X. 1928 r. Wzrost powiększył się o 4 cm. Inteligencja nieupośledzona. NB. Siostra również b. mała. Twarz star-

szego dziecka, głowa stosunkowo duża, szyja krótka, skóra sucha. Gruczoł tarczowy nie daje się wymacać. Kończyny krótkie wskutek upośledzonego kostnienia. Czoło niskie. W silniej wyrażonych przypadkach występuje duży język, zupełny brak elastyczności skóry, upośledzona inteligencja. Przyczyną cierpienia jest upośledzona czynność gruczołu tarczowego. Leczenie świeżemi lub fabrycznemi preparatami tarczycy daje dobre wyniki.

4. Kol. Kummant wygłosił odczyt p. t. *„O operacji Trendelenburga przy zatorze tętnicy płucnej"*. Po raz pierwszy z dobrym wynikiem dokonana była przez Kirsznera. W 1924 r. Meyer ulepszył samą metodę operacyjną i instrumentarjum i liczba dobrych wyników obecnie już jest znaczna. Prelegent omówił przypadki operowane dotychczas z dobrym wynikiem, następnie szczegółowo opisał samą technikę operacji, co ilustrował szeregiem przeźroczy. Praca w całości ukaże się w druku w „Przeglądzie Chirurgicznym".

Protokół posiedzenia z dnia 5 lutego 1930 r.

Kol. Grosglik przedstawia 38 letnią chorą, u której w lipcu 1928 r. dokonano amputacji prawego sutka z powodu raka. Już wtenczas występowały bóle w kręgosłupie, w sierpniu zaś doszły do takiego natężenia, że chora nie była w stanie głowy trzymać równo, ani chodzić i siedzieć lub stać bez pomocy. Zaburzenia w urynowaniu, skóra na krzyżu zdradzająca skłonność do odleżyn. *Clonus patell. et Achilles'a* obustronny. Zdjęcie wykazało przerzuty w całym kręgosłupie, wszystkich kościach miednicy i udach. Naświetlania promieniami Roentgena od 4. X. 1929 do 19. XI. całego kręgosłupa. Bóle kręgosłupa prędko ustąpiły. Obecnie chora chodzi, stoi i wykonywa wszelkie ruchy wcale zręcznie. Clonus ustąpił, pozostały tylko żywe odruch kolanowy i Achilles'a. Mocz odchodzi dobrze. Stan troficzny skóry zwykły. Nadzwyczajna poprawa ogólnego stanu.

Kol. Banasz przedstawia 15-letniego chłopca, który przed kilku dniami był uderzony nożem w okolicę serca, nastąpił wylew krwawy do osierdzia, który powoli się wsysa. Przy każdym skurczu serca słychać tarcie.

Kol. Berlin demonstruje przypadek częściowej amelji noworodka. W rodzinie żadnych wad rozwojowych nie stwierdzono. Poród — położenie poprzeczne, obrót za nóżkę w narkozie. U noworodka zupełny brak kończyn górnych, na ich miejscu wgłębienia skóry i brodawki. Przypłaszczenie muszli usznych, poza tem budowa prawidłowa.

Kol. Schweig komunikuje, że widział takiego dorosłego człowieka, który się na widowiskach demonstrował, wykonywał on kończynami dolnemi prawie wszystkie funkcje kończyn górnych.

Kol. Załęski wygłosił referat: *O psittakosis.*

Psittakosis, choroba papuzia, znaną jest już oddawna, opisano już kilka epidemji jej u papug, od których zarażali się ludzie

W r. 1892 wybuchła w Paryżu duża epidemja, zachorowało wtedy 49 osób, z tych 16 zmarło. Choroba ta u ludzi daje objawy ogólnego zakażenia ze specjalnem zapaleniem płuc, rozpoczynającem się od pęcherzyków. Ciepłota wzrasta w początku choroby i opada przy rekonwalescencji powoli, podobnie jak przy tyfusie. U ptaków przebieg choroby tej jest bardzo gwałtowny; biegunka, apatja, senność, śmierć. Francuski bakterjolog Macare wykrył w szpiku kostnym ptaków, które padły, laseczkę, którą uważał za wywołującą chorobę. Laseczka ta podobną jest do las. paratyphus B, należy do grupy zatruwaczy mięsa, wywołuje u zwierząt posocznicę krwawą. Podczas ostatniej epidemji w Niemczech laseczki tej nie wykrywano; u ludzi wykryto ją zaledwie w 1 przypadku; przypuszczalnie u ludzi działa inny niewykryty jeszcze zarazek. U nas jeszcze dotychczas nie notowano przypadków tej choroby. Stwierdzono, że ostatnia epidemja w Niemczech przeniesiona została z Argentyny.

Kol. Banasz zapytuje się, czy przy sekcjach osób zmarłych na psittakosis znaleziono zmianę w śledzionie.

Kol. Załęski odpowiada, iż w niektórych przypadkach znaleziono powiększoną śledzionę.

Kol. Margulis D. wygłosił referat „Hipertonja a miażdżyca tętnic".

Kol. Załęski zapytuje, czy każdy przypadek wzmożonego ciśnienia uważać należy za chorobę. Kol. Liniecki stwierdza, że nie zawsze hipertonja jest chorobą i że ludzi ze wzmożonem ciśnieniem nie należy o tem uświadamiać, często bowiem wywołać to może neurastenję. Kol. Bender zaznacza, że rozróżniać należy 2 rodzaje hipertonji: czerwoną i bladą; ta ostatnia powstaje w związku z glomerulonephritem. Kol. Kryszek. Sprawa hipertonji była tematem na ostatnim Zjeździe Lek. w Wilnie. Różne teorje w tej sprawie nie są jeszcze dostatecznie uzasadnione. Kol. Witoński. Twardość naczyń nie przemawia jeszcze za wysokiem ciśnieniem. Kol. Grosglik zapytuje, czy prelegent uważa, że skleroza nerek nie powoduje wzmożonego ciśnienia. Kol. Margulis odpowiada, że hipertonja nie jest chorobą, tylko objawem. Znika ona czasami po chorobach infekcyjnych i innych przejściach. Często wysokie ciśnienie nie daje żadnych objawów chorób. Hipertonja essentialis uważać można za samodzielną jednostkę chorobową, mającą podstawy konstytucjonalne.

Protokół posiedzenia z dnia 20 lutego 1930 r.

Demonstracje chorych:

Kol. Banasz demonstruje przypadek przecięcia drutem ścięgien i kości III i IV palca lewej ręki w 2 falandze; wypadek przy pracy. Zeszycie ścięgien, stan zupełnie dobry, chory wraca do pracy.

II. Kol. Bender demonstruje przypadek szmeru skurczowego serca w pozycji stojącej, który znika w pozycji leżącej. Zdjęcie Roentgena żadnych zmian w sercu nie wykazało. Chora przed

4 laty przechodziła gościec stawowy. Przypuszczać należy, że mamy tu do czynienia ze sprawą czynnościową, a nie z wadą organiczną.

III. Kol. Kalisz przedstawia: 1) 3-letniego chłopca z guzem wielkości pięści po lewej stronie szyi. Guz miękki, elastyczny, ruchomy, chełboczący, nie zmniejsza się przy ucisku. Przez skórę prześwieca sine zabarwienie guza. Brak tętnienia i szmerów. Punkcja wykazuje zawartość czystej krwi. Rozpoznaje: t. zw. wrodzoną torbiel krwawą — cierpienie niezwykle rzadkie.

2) Kobietę lat 39, która przez 2 lata była leczona radem z powodu rozpoznania *Ca colli uteri inoperabile*. Wkrótce po naświetlaniu nacieczenie przeszło na przegrodę pochwowo-odbytniczą, a w 3 i pół miesiąca później utworzyła się wskutek rozpadu nacieczonej tkanki przetoka pochwowa-odbytnicza średnicy około 4 cm. Ogólny stan chorej stale i wybitnie podupadał. Założono sztuczny odbyt biodrowy, a wkrótce potem podjęto się próby usunięcia macicy wraz z odbytnicą przez cięcie pośrodkowe brzucha. Z powodu rozległości sprawy chorobowej musiano operacji zaniechać, ograniczając się do obustronnego podwiązania tętnic podbrzusznych. Po upływie 3 miesięcy od operacji chorą wypisano ze szpitala, jako nieuleczalną i umieszczono w zakładzie dla kalek Po upływie pół roku chora, która pozostawała bez żadnej kuracji zaczęła się poprawiać i nastąpiło samoistne wyleczenie przez całkowite zabliźnienie.

Obecnie chora przybyła 49 kg na wadze, przetoka pochwowo-odbytnicza pozostała średnicy około 1—1½ cm, brzegi całkowicie zabliźnione. Pochwa i odbytnica w miejscu przetoki zbliznowaciałe wykazują znaczne zwężenie. Chora czuje się zupełnie zdrową i nie ma żadnych dolegliwości, prócz istniejącego sztucznego odbytu.

Kol. Kalisz przypuszcza, że wszystkie zabiegi oparte były na mylnem rozpoznaniu i podnosi wielkie znaczenie obronnych sił ustroju.

W dyskusji nad pokazami kol. Kalisza zabierali głos: kol Justman, Kantor, Banaszkiewicz, Szyfman i Sadokierski.

Kol. Dynkiewicz przedstawia z oddziału kol. Frenkla przypadek pseudosklerozy Westphal-Strümpla z pierścieniem Kayser-Fleischera.

Chory ma lat 26; choroba obecna rozpoczęła się w r. 1922 po odbytej służbie wojskowej. Wtedy zjawiły się w prawej kończynie dolnej ruchy mimowolne, które się później przeniosły na lewą kończynę dolną, wreszcie na obie kończyny górne. W roku ubiegłym miało wystąpić drżenie głowy. W rodzinie nikt nie jest dotknięty podobnem cierpieniem. Chorób wenerycznych nie przechodził. Ślinotoku ani podwójnego widzenia nie było.

Narządy wewnętrzne bez zmian. Wątroba niemacalna.

Chory trzyma głowę nieco skierowaną w stronę prawą, wykonywując nią ruchy rytmiczne o niedużej amplitudzie i kierując ją naprzemian ku przodowi i ku tyłowi. Twarz maskowata, bez

wyrazu. Na obwodzie rogówki, na jej granicy z białkówką, widać pierścień barwy brudno-zielonej, który na górnym i dolnym brzegu jest bardziej rozszerzony, przyjmując postać sierpowatą. Mowa skandowana powolna. Mięśnie szyi są napięte. Kończyny górne, a specjalnie lewa, są nieco zgięte w stawach łokciowych i wykonywują samoistne ruchy zgięcia i rozgięcia w tychże stawach o niewielkiej amplitudzie. Kończyny dolne wykonywują również ruchy mimowolne w stawach kolanowych w postaci zgięcia i rozgięcia z przewagą po str. lewej. Przy zmianie pozycji z siedzącej na stojącą lub przy próbie palec — nos ruchy te znacznie się wzmagają, nabierając cech trzepotania. Podczas snu ruchy powyższe zupełnie znikają. Nerwy czaszkowe norm. Napięcie mięśniowe naogół wzmożone. Zaburzeń czucia wszelkiego rodzaju brak. Odruchy brzuszne, mosznowe, okostnowe i ścięgnowe zachowane. Babiński i Rossolimo ujemne. Pod względem psychicznym wykazuje otępienie lekkiego stopnia. W moczu stwierdzono urobilinę oraz bilirubinę. Próba Bauera na galaktozę we krwi wypadła dodatnio. Wassermann we krwi ujemny; morfologja krwi bez zmian. Kol. D y n k i e w i c z wymienia główniejsze objawy chorobowe, które w sumie tworzą pseudosklerozę Westphal-Strumpla, dla którego to schorzenia pierścień rogówkowy jest patognomoniczny.

Kol. D y n k i e w i c z przedstawia przypadek torsyjnego kurczu postępującego u 26-letniego chorego, u którego choroba powyższa wystąpiła we wczesnem dzieciństwie. Było w rodzinie 18 rodzeństwa (kilka razy bliźnięta); z tych troje żyje. Chory był najmłodszy. W rodzinie nikt nie był dotknięty podobnem cierpieniem. Kol. D y n k i e w i c z zwraca uwagę na ruchy toniczno-kloniczne głowy o charakterze skręcającym przy jednoczesnych wzmożonych ruchach mimicznych mięśni twarzy, na mimowolne ruchy we wszystkich kończynach o charakterze choreatyczno-hemibalistycznym oraz na wybitną lordozę kręgosłupa. Ruchy powyższe wzmagają się podczas chodzenia, zmniejszają się w spokoju, a znikają zupełnie we śnie. Chód chorego bardzo przypomina chód strusia.

Kol. D y n k i e w i c z zaznacza, że dawniej uważano, iż choroba ta występuje wyłącznie wśród semitów. Później okazało się jednak, że występuje również, wprawdzie rzadziej, wśród aryjczyków (powyższy przypadek).

VI. Kol. J u s t m a n przedstawił 25-letniego młodzieńca z t. zw. pasem naczyniowym, na który Dr. Bronisław Frenkiel zwraca uwagę od szeregu lat. Objaw ten polega na istnieniu na wysokości łuku żebrowego lub cokolwiek wyżej lub niżej szerokiego na $1^1/_2$—2 cm pasa rozszerzonych żyłek skórnych. U pacjenta demonstrowanego umiejscowienie tego pasa jest niezwykłe, bo przedstawia się on w postaci łuku, zwróconego wypukłością ku górze, a opierającego się końcami o brodawki. Poza tem stwierdzono u pacjenta wybitny dermografizm czerwony, lekkie drżenie palców rąk rozpostartych oraz żywość odruchów ścięgnowych. Znaczenie tego objawu jest niejasne. Ponieważ jednak objaw ten zawsze towarzy-

szy objawom angioneurotycznym, przypuścić trzeba, iż pas naczyniowy też jest objawem angioneurotycznym.

W dyskusji nad tem zabierali głos kol. Bender, Leyberg, Klozenberg, Szyfman.

VII. Kol. Szyfman wygłosił odczyt p. t. *Cukrzyca a zabiegi chirurgiczne* (rzecz ukaże się w druku).

Dyskusja. Kol. Praszkier uważa, iż za wyjątkiem przypadków niecierpiących zwłoki, należy zwykle chorego na cukrzycę przed operacją zupełnie odcukrzyć, stosując nawet bardzo duże dawki insuliny. W jednym przypadku stosował sam 300 jednostek insuliny dziennie bez szkody dla chorego, mniejsze dawki nie działały. Kol. Kantor uznaje w tej sprawie współpracę chirurga z internistą, żałuje tylko, że poglądy internistów na tę sprawę nie są jednakowe. Niezbędną jest oprócz analizy moczu analiza krwi. Kol. Sadokierski uważa, że w sprawach ropnych trzeba ropień otworzyć bez względu na obecność cukru we krwi. Kol. Schweig: Przy operacjach zaćmy można czekać na zupełne odcukrzenie, operacja ta bowiem nie jest pilną. Operacja jaskry jest nagłą, na szczęście nie zdarza się ona u diabetyków. Kol. Gliksman podnosi inne właściwości insuliny, głównie jej działanie bakterjobójcze. Kol. Kryszek omawia działalność insuliny na mięsień sercowy. Augioxyl, preparat trzustki, używa się przy osłabieniu mięśnia sercowego. Kol. Szyfman odpowiada, że dużych dawek insuliny nie obawia się, uważa, że trzeba indywidualizować i być ostrożnym szczególniej w przypadkach miażdżycy naczyń, widział dużo smutnych przypadków po niezbyt ostrożnem stosowaniu insuliny. Uważa, że hiperglykaemia może być objawem utajonej cukrzycy.

Sekretarz: *A. Tennenbaum.*

Protokół posiedzenia z dnia 26. lutego 1930 r.

I. *Pokaz chorych.* Kol. Aronson przedstawia przypadek *guza jamy brzusznej,* który był zrośnięty z otrzewną, wychodził z esicy, badanie mikroskopowe wykazało sarcoma. Chora zniosła dobrze nadzwyczaj ciężki zabieg operacyjny, ogólny jej stan poprawia się stale.

Kol. Kryński przedstawia przypadek *sklerodermji* u 46-letniej pacjentki; — zauważyła od roku; przed 4 laty przechodziła kamicę żółciową. Na plecach 2 bronzowo-sinawe pasy; stwardnienie skóry stwierdza się dotykiem. Ułożenie segmentów przemawia za trofoneurytycznem pochodzeniem cierpienia.

Akademja ku czci ś. p. prof. Aleksandra Rosnera.

Kol. Szarogroder. Streszczenie wygłoszonego przemówienia pod tyt.: *„Wspomnienia o ś. p. prof. Rosnerze ucznia Jego".* Po krótkim wstępie, poświęconym omówieniu wrażeń, jakie czynią profesorowie wykładowcy na studentach, przystąpił do scharakteryzowania najcenniejszych rysów ś. p. profesora. Profesor Rosner wywierał niebywałe wrażenie jako profesor — stylista, krasomówca i jako towarzyski interlokutor; sposób wygłaszania

lekcji wykładowej, timbr głosu, akcentowanie wyrazów i zwrotów, retoryka — czyniły z wykładu pełną swadą nacechowaną oratorską mowę, to też wykłady ś. p. profesora roiły się od licznego grona słuchaczy — studentów, jak i przejezdnych lekarzy. Wszystkich przykuwały — powiązane logicznie słowa i zwroty, okraszane piękną i efektowną mową. Wykład składał się z 3-ch części: referat o minionym dyżurze, demonstracja chorych wraz z dyskusją i omówienie schorzenia. Ta ostatnia była najciekawsza, uwydatniała te cechy, które omówione były powyżej. Korzyść naukowa, jaką odbierało się z tej części wykładu, była obfita, przyczem nie omieszkał ś. p. profesor dorzucać szczegółów internistycznych, które mogły wszechstronnie zilustrować cierpienie. Dalej omawia działalność prof. Rosnera jako przyjaciela młodzieży akademickiej i wylicza Jego zasługi, położone dla dobra sprawy akademików, następnie działalność na polu rozkwitu Pogotowia Ratunkowego i na polu społecznem. W końcu kol. Szarogroder wyjaśnia, że mozolne i zbożne trudy ś. p. Profesora nie pozwoliły Mu poświęcać wolnego czasu na troskę o życie swoje. Prof. Rosner jako wzorowy lekarz właściwie jakby padł na posterunku, niosąc pomoc choremu nie swojej specjalności. Świat polski lekarski i społeczeństwo tracą w Zmarłym jednego z najcenniejszych profesorów, pedagogów i lekarzy i że dewiza *„primum non nocere"* winna, jak profesorowi, tak i nam przyświecać w poczynaniach dalszych.

Kol. Erdman (autoreferat). Po krótkim zarysie biograficznym oraz charakterystyce Zmarłego profesora przechodzi prelegent do omówienia Jego działalności naukowej i klinicznej. Da się ona zogniskować głównie około 3-ch zagadnień: ciąża bliźniacza monochorjalna; stosunek włókniaków macicy do ciąży, oraz konstytucja narządów płciowych kobiecych. Po chronologicznem zestawieniu w ramach powyższych tematów prac im poświęconych i po omówieniu genezy, metod i wyników tych ostatnich, następuje pobieżny przegląd różnorodnych spraw i zagadnień z dziedziny chirurgji i ginekologji traktowanych w rozległych studjach prof. Rosnera z wyszczególnieniem oryginalnej operacyjnej metody Zmarłego, polegającej na krwawem rozszerzeniu ujścia zewnętrznego macicy.

Przechodząc następnie do oceny pedagogicznych zasług Zmarłego zarówno na polu teorji (podręcznik ginekologji i inne), jak i w praktyce na stanowisku wieloletniego dyrektora Kliniki Uniw. Jagiellońskiego, prelegent kończy wspomnienie wyrazem głębokiej czci i żalu, jakie przedwczesna śmierć znakomitego uczonego i nieodżałowanego profesora wywołać musi na ustach każdego z jego byłych uczni i współpracowników.

Protokół posiedzenia z dnia 5 marca 1930 roku.

Pokazy chorych.

1. Kol. Justman przedstawia 34-letniego pacjenta, kawalera; *długotrwała żółtaczka,* badanie krwi na Wassermann ++++. Kuracja specyficzna, poprawa; objawy drętwienia kończyn. Przyjęty na oddział jako *tabes dorsalis.* Bliższe badanie wykazało, że

jest to *pseudo-tabes peripherica,* zapalenie nerwów obwodowych, pochodzenia nie kiłowego, lecz wskutek zatrucia arszenikiem; kuracja przeciwkiłowa wpływała ujemnie na cierpienie nerwowe

W dyskusji zabierali głos Kol. Tenenbaum, Witoński, Mikłaszewski, Bibergal, Kryszek i Frenkiel.

2. Kol. J. Kon: *O zjawiskach allergicznych.* Pojęcie allergji powstało jako wynik klinicznych spostrzeżeń Pirquet'a i oznacza zmienioną zdolność reagowania organizmu. Treścią swoją odpowiadało czasowi i kierunkowi, wśród których powstało, mianowicie szerokiemu uwzględnieniu roli organizmu i konstytucji w walce z zarazkami, toksynami i truciznami. Było ono na czasie i dlatego w nauce zdobyło duże powodzenie i rozpowszechnienie. Doświadczalne badania nad anafilaksją, rozpoczęte przez Richeta, stanowią naukową podstawę rozumienia allergji. Referent streszcza doświadczenia Richeta, Arthus'a i Ottena i daje definicję anafilaksji, anafilaktogenów, anticiał i antigenów, przyczem podkreśla różne teorje co do istoty samego procesu anafilaksji: humoralne i celularne (Vidal, Doen i in.). Dalej omawia szczegółowo doświadczenia Obermeyera i Picka, Heidelbergera, Avery, Landsteinera i Frissmana, dając definicję haptenów (półantigenów) i pełnych antigenów. Doświadczenia te doprowadziły do rozszerzenia pojęcia antigenu daleko poza grupę ciał białkowych, a zwłaszcza zwróciły uwagę na doniosłe znaczenie lipoidów, jako składników antigenowych.

Wobec tego, że obecnie mamy prawo traktować najróżniejsze substancje, jako czynne lub potencjalne antigeny, gdyż w organizmie mogą ewentualnie nieantigeny lub półantigeny stać się pełnymi antigenami, dzięki łączeniu z własnem białkiem organizmu — sprawa allergizacji ustroju sprowadza się do zagadnienia li tylko przenikania tych substancji do soków i tkanek organizmu, czyli do przepuszczalności powłok i błon. Prawdopodobnie odmienna przepuszczalność stanowi to co nazywamy skazą allergiczną i co się dziedziczy. Stopień tej skazy decyduje o sile i różnorodności uczulań się organizmu. Trudność sprowadzania zjawisk klinicznych z dziedziny allergji do zjawisk doświadczalnej anafilakcji wynika stąd, że w klinice mamy do czynienia z ciemną dla nas przeważnie drogą uczulenia i trzeba dopiero szukać antigenu. W doświadczeniu operujemy jedną pewną co do natury substancją i wybieramy bezpośrednią drogę wprowadzenia jej t. j. dożylną lub podskórną. Na skazie allergicznej opierają się t. zw. choroby allergiczne. Natomiast w dziedzinie chorób zakaźnych allergja odgrywa b. doniosłą rolę niezależnie od skazy, rolę wynikającą z odmiennego przebiegu różnych chorób w miarę współżycia danego organizmu z danym zarazkiem i w miarę odpowiedniego ustosunkowania się do niego Allergja jest szerokiem pojęciem obejmującem anafilaksję, odporność *(immunitas),* anergję, hyperergję jako pewne jej działy. Pod kątem allergji można dziś w medycynie rozpatrywać najróżniej-

sze zjawiska i w tej dziedzinie autorzy dochodzą nawet do przesady. (Rzecz przeznaczona do druku).

Dyskusja. Kol. Frenkiel zapytuje prelegenta o zapatrywanie jego na pojęcie parallergji. Kol. Klozenberg przypuszcza, że w sprawie powstawania nowotworów da się może również zastosować teorja allergji. Kol. Kryszek. Śródbłonek naczyniowy nie należy do układu śródbłonka siateczkowego. Kol. Kon z terminem parallergji spotykał się w zastosowaniu teorji allergji do gruźlicy. O nowotworach była mowa w literaturze w związku z leukaemią. Sprawę podniesioną przez kol. Kryszka uważa za niewyjaśnioną.

Protokół posiedzenia z dnia 19. marca 1930 r.

1. Kol. Speidel zademontrował kilkanaście przypadków nowotworów złośliwych, leczonych radem, a mianowicie: 1) *Ca linguae* — 1 przyp., stwierdzony mikroskopowo, 2) *Ca palpebrae inf.* — 2 przypadki, od roku bez recydywy, 3) *Ca labii inf.* — 1 przyp., od 2 lat bez recydywy. 4) *Ca nasi* — 1 przyp. od ½ roku beż recydywy. 5) *Ca faciei* — 1 przyp. 6) *Ca aur. extr.* — 1 przyp. 7) *Ca frontis* — 1 przyp. 8) 5 przypadków *Ca coli uteri inoperabilia.*

Następnie wygłosił referat pod tytułem: *Leczenie nowotworów radem* (ukaże się w druku).

Stosowanie radu przy nowotworach złośliwych odbywa się już od czasu odkrycia radu. W ostatnich 10 latach metoda ta znacznie się rozwinęła, dzięki dokładniejszemu zbadaniu rodzaju i właściwości promieni. Rad wydziela 3 rodzaje promieni: α (9%), β (3%), γ (5%). Najważniejsze w leczeniu są promienie β i γ, promienie α niszczą tkankę i muszą być przez filtry zatrzymywane. Do terapji używa się sole radu. Istnieją 4 sposoby stosowania radu: 1) Zewnętrzna aplikacja przy nowotworach zewnętrznych, 2) Curie-terapia wewnątrz organów, 3) Igły radowe, któremi szpilkuje się tkankę nowotworową, 4) Naświetlanie z odległości, wymaga dużej ilości radu.

Następnie prelegent omówił wyniki leczenia radem, jakie osiągnięto w różnych klinikach przy stosowaniu na różne narządy i rodzaje nowotworów i porównawczo podał wyniki, jakie osiągnięto w Łódzkim Instytucie radowym. Naogół leczenie radem daje lepsze wyniki od leczenia operacyjnego.

W dyskusji: Kol. Banaszkiewicz potwierdza, że nowoczesne statystyki wykazują daleko lepsze wyniki leczenia nowotworów złośliwych radem, niż operacyjnie. Operować należy przypadki tylko bezwzględnie nadające się do operacji, inne należy naświetlać.

Na zakończenie Kol. Speidel zademonstrował aplikatory radowe.

Protokół z posiedzenia w dniu 28 marca 1930 r.

Pokazy chorych.

1. Kol. Reicher przedstawił 2 chorych z ambulatorjum Szpitala im. Poznańskich, oddział chorób skórnych d-ra Leyberga: 1) *Pemphigus foliaceus primarius* u 32 letniego mężczyzny trwający od 4 miesięcy, zajmujący klatkę piersiową i plecy — rokowanie beznadziejne. 2) *Morbus Duhringa* u 76 letniego starca, rozsiane pęcherze po całem ciele, dające co do wyleczenia cierpienia rokowanie dobre.

2. Kol. Kalecka wygłosiła odczyt pod tytułem: *O wpływie upustu krwi na cholesterynemię u psów normalnych i u psów pozbawionych śledziony.* Badania przeprowadziła na 3 psach normalnych i 4 pozbawionych śledziony. Badanie krwi na zawartość cholesteryny początkowo w surowicy, później we krwi całkowitej. Krzywa wskazująca ilości cholesteryny różna jest u psów normalnych i splenectowanych. Odczyt ilustrowany wykresami.

3. Kol. Fischer: *O nowych poglądach na czynności wątroby.* Niedawno stwierdzono, że wątroba jest składnicą zapasową witaminów. Jedną z najważniejszych czynności wątroby jest wyławianie ze krwi zarazków i wydalanie ich do dwunastnicy. Badania doświadczalne wykazały, że już po 5 godzinach po wniknięciu zarazków do krwi udało się je wykryć w woreczku żółciowym, nie miało to miejsca po podwiązaniu *art. hepatica.* W drogach żółciowych przechowują się zarazki jeszcze przez dłuższy czas po ich zupełnem zniknięciu ze krwi.

Protokół posiedzenia z dnia 2. kwietnia 1930 roku.

Pokazy chorych.

1. Kol. Kryński i Kol. Wajnberg przedstawiają: przypadek *zaburzeń trophoneurotycznych* kończyny górnej prawej, powstałych wskutek uszkodzenia mechanicznego nerwu.

2. Kol. Kryński i Różaner przedstawiają chorą z *Pemphigus vegetans.*

3. Kol. Kryński przedstawia mężczyznę lat 46, chorego na gruźlicę płuc z guzami zlewającemi się na brzuchu. Badanie drobnowidzowe jako też makroskopowe przemawia za *Dermatofibroma progressiva.*

4. Kol. Kryński ilustruje pokaz chorego przedstawieniem preparatu drobnowidowego z wyciętego skrawka.

5. Zostali wybrani przez balotowanie na członków rzeczywistych Towarzystwa Lekarskiego Łódzkiego koledzy: Stefan Bogusławski, Jerzy Pik i Józef Lubicz.

6. Kol. Aronson demonstruje cztery preparaty: 1) preparat *guza jajnikowego u ciężarnej*, wagi 17 funtów, o niewiadomej zawartości, przedstawiający prawdopodobnie skostniały płód. Po operacji i przerwaniu ciąży nastąpiło wyzdrowienie. 2. preparat *guza ogromnej wielkości;* guz powstał i rozwinął się pomiędzy

listkami więzów szerokich (u panny). Żadnych zaburzeń nie wywołał. Guz okazał się torbielą, wielokomorową; usunięto przy operacji macicę z przydatkami; wyzdrowienie. 3. rzadki preparat *cysty dermoidalnej* i *ciąży pozamacicznej* z jednej strony. 4. preparat *mięsaka esicy*. Chora po operacji czuje się zupełnie dobrze.

W dyskusji nad pokazem preparatów Kol. Ebin zapytuje, dlaczego w przypadku drugim dokonano hysterotomji i czy ciąża pozamaciczna (3 preparat) była skonstatowana przed operacją. Kol. Klinger zapytuje, czy znaleziono jajeczka w jajniku chorym (3 preparat). Kol. Aronson w odpowiedzi zaznacza, że usunięto macicę w celu lepszej perytonizacji oraz drenowania; ciążę pozamaciczną skonstatowano przed operacją; jajeczek w jajniku chorym nie znaleziono.

7. Kol. Neumark wygłosił odczyt pod tytułem: *„O zawartości cholesteryny w surowicy krwi przy schorzeniach skóry w związku z wpływem gruczołów dokrewnych na cholesterynemję"*. Wyniki swych badań prelegenta są następujące:

1) Po wstrzyknięciu podskórnem lub śródmięśniowem 1 cm^3 adrenaliny u kobiet naczczo występuje w większości przypadków zwiększenie poziomu cholesteryny we krwi różnego natężenia. Również po wstrzyknięciu ergotaminy (gynergen), a więc przypuszczalnego antagonisty adrenaliny występuje we krwi zwiększona cholesterynemja niekiedy dość znacznego stopnia. Po jednoczesnem wstrzyknięciu podskórnem lub śródmięśniowo 1 cm^3 adrenaliny i 1 cm^3 gynergenu zjawia się w większości przypadków wyraźna hipercholesterynemja względnie dwufazowe wahania Ponieważ po wstrzyknięciu większych dawek wyciągu z tarczycy, względnie długotrwałem podaniu przetworów tarczycowych zarówno jak przy hiperfunkcji tarczycy lub przy chorobie Basedowa stwierdzić można obniżenie poziomu cholesteryny we krwi — uważać należy ergotaminę raczej jako antagonistę tyroxyny niż adrenaliny.

2) U osobników niecukrzycowych odznaczających się hipercholesterinemją, zarówno jak u chorych z normalną cholesterynemją — zastrzyknięcie 10—20 jednostek insuliny zmniejsza zawartość cholesteryny we krwi; w innych przypadkach z normalną lub obniżoną cholesterynemją insulina pozostaje bez wpływu na poziom cholesteryny, w pojedyńczych przypadkach występuje nawet lekkie przejściowe zwiększenie zawartości cholesteryny w surowicy krwi, co wskazuje na dwufazowe działanie insuliny.

3) Po wstrzyknięciu małych dawek hormonu jajnikowego, menhormon-follikuliny występuje u kobiet nieznaczne zwiększenie poziomu cholesteryny we krwi. Zgodnie z dwufazowością wszystkich hormonów skonstatować można również po menhormonfollikulinie wahania w zawartości cholesteryny we krwi.

4) Po wstrzyknięciu śródmięśniowem wyciągu z tarczycy stwierdził prelegent dwufazowe wahania w zawartości cholesteryny we krwi.

Zainteresowanie się przemianą cholesteryny w ustroju w przebiegu chorób skóry jest uzasadnione przedewszystkiem z tego względu, iż skóra wydziela stale cholesterynę, która wraz z tłuszczami obojętnemi pokrywa cienką warstwą jej powierzchnię, tworząc nieprzepuszczalną barjerę względem wody i jonów.

W różnych stanach patologicznych skóry wydzielanie cholesteryny wzrasta niepomiernie, gdyż w odpadkach skóry, jak łuski, strupki, wydzielina surowicza, łój — ilość wydzielonej cholesteryny bywa niekiedy dość znaczna.

Badania prelegenta wykonane były wspólnie z p. Głogowską, chemiczką laboratorjum Kasy Chorych na materjale ambulatoryjnym, składającym się z przeszło z 300 kobiet w wieku od 20 do 50 lat z rozmaitemi cierpieniami skóry metodą kolorymetryczną Autenrieth-Funka naczczo. Jako normalny poziom cholesteryny w surowicy krwi przyjmuje prelegent 1,2—1,9‰, zwraca przytem uwagę na częste wahania zawartości cholesteryny w surowicy krwi przy dwukrotnem lub kilkakrotnem badaniu, wynoszące 0,5—0,6‰. Wyniki tych badań wskazują na to, że w przebiegu dermatoz odznaczających się naogół wzmożonem wydzielaniem cholesteryny przez skórę jak przy łuszczycy, trądziku pospolitym, trądziku różowatym, pryszczycy łojotokowej występuje stosunkowo często hipocholesterynemja (t. j. poniżej 1,2‰), rzadziej hipercholesterynemja.

Natomiast przy innych schorzeniach skóry, jak przy pryszczycy zwłaszcza przewlekłej, zliszajowaceniu skóry, świądzie stosunkowo częściej stwierdzić można zwiększenie cholesteryny we krwi.

Przy gruźlicy skóry w jej rozmaitych postaciach tylko w przypadkach z rozległemi zmianami zawartość cholesteryny we krwi była zmniejszona.

Ze względu na niedostatecznie dużą ilość zbadanych przypadków poszczególnych dermatoz należy się powstrzymać z wyciąganiem pewnych wniosków, aczkolwiek wiele danych pozwala przypuszczać, że odchylenie od normy w postaci hipo- lub hipercholesterynemji w przebiegu niektórych schorzeń skóry zwłaszcza o zaburzeniach w przemianie cholesteryny w ustroju po części w związku z nieprawidłową czynnością gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem ujawniają poniekąd udział tych gruczołów w zmianach biochemicznych komórek naskórka i skóry właściwej z następowem zwiększeniem lub zmniejszeniem wydzielania cholesteryny przez skórę; zmiany te również oddziaływują na odporność skóry względem różnorakich bodźców zewnętrznych i wewnętrznych na nią stale oddziaływujących (autoreferat).

W dyskusji nad odczytem Kol. Gliksman zwraca uwagę na nieścisłość metody Autenrieth-Funka; dalej przypomina, że przy gruźlicy i charłactwie ilość cholesteryny jest zmniejszona; dwufazowość wykazuje nietylko adrenalinę, ale i inne hormony; zapytuje, czy ma znaczenie tylko wolna cholesteryna, czy też i związana, czy pomiędzy badanemi kobietami były i ciężarne. Kol.

Tenenbaum uważa, że metoda Autenrieth-Funka jest zbyt subjektywna, liczby otrzymywane wahają się w stopniu znacznym, czasami daje wyniki mniejsze o 50%, czasami zaś, większe; daleko łatwiejszą w manipulowaniu i ściślejszą jest stosowana ostatnio w Niemczech metoda fotometryczna. Kol. Liniecki zapytuje, czem tłumaczyć należy, że zarówno ergotamina jak i adrenalina podnoszą poziom cholesteryny we krwi; dlaczego spermina ma obniżać poziom cholesteryny; czy robiono podobne badanie z wszystkiemi lipoidami. Kol. Neumark w odpowiedzi zaznacza, że rzeczywiście metoda Windaus'a jest ściślejsza; o fotometrycznej nie słyszał; przy gruźlicy początkowej ilość cholesteryny jest zwiększona, przy charłactwie i przy gruźlicy posuniętej jest zmniejszona.

Dwufazowość hormonów rzeczywiście istnieje, najpierw następuje podniecenie układu, następnie porażenie (insulina obniża poziom cholesteryny tylko u cukrzycowego z normalną cholesterynemją). Ergotamina jest antagonistą nie adrenaliny a tyroksyny (jest to pierwsze spostrzeżenie w piśmiennictwie). Francuzi są zdania, że ustrój wytwarza cholesterynę, Niemcy i Amerykanie uważają, że cholesteryna jest doprowadzana tylko z zewnątrz; Bemmer uważa, że wprowadzona za pomocą pokarmu jest również wyprowadzana. Doświadczenia na nowonarodzonych głodzonych psach przemawiają za tem, że ustrój syntetyzuje (tworzy) i reguluje wytwarzanie cholesteryny.

Co do tego, czy kobiety były ciężarne, to pytano je uprzednio i odpowiedzi otrzymane przemawiały za tem, że w ciąży nie były. Dla ustroju ma znaczenie tylko wolna cholesteryna; estry są związane, nie mają znaczenia większego, odnoszą się do wolnej jak 1,7 do 1. Wątroba przetwarza cholesterynę i wydziela ją do pęcherzyka żółciowego, znajduje się tam tylko w stanie wolnym; płuca przyjmują udział w spalaniu i przetwarzaniu cholesteryny i tłuszczów.

Spermina jako hormon jądra, zawiera dość dużą ilość białka, wywołuje wstrząs i przez to obniża ilość cholesteryny.

Sekretarz: *Dr. Czaplicki.*

Protokół posiedzenia z dnia 16. kwietnia 1930 r.

1) Kol. Goldblatt przedstawia 28-letnią chorą ze zmianami gruźliczemi spojówki; chorą widział po raz pierwszy w r. 1927; skierowana została do niego z rozpoznaniem jaglicy; w r. 1927 została zaleczona; w r. 1928 pannus i obostrzenie sprawy; została skierowana wtedy do internisty, który stwierdził zmiany gruźlicze w obu wierzchołkach płucnych; po injekcjach hetol'u stan chorej poprawił się o tyle, że uważana była za zdrową; przed rokiem stan chorej był również bardzo dobry; obecnie dają się stwierdzić w spojówce zmiany, które uważa za gruźlicze, mianowicie zapalenie spojówki gruźlicze *(cunjunctivitis tbc)*.

Protokół posiedzenia z dnia 16. kwietnia 1930 r.

1) Kol. Goldblatt przedstawia 28-letnią chorą ze zmianami gruźliczemi spojówki; chorą widział po raz pierwszy w r. 1927; skierowana została do niego z rozpoznaniem jaglicy; w r. 1927 została zaleczona; w r. 1928 pannus i obostrzenie sprawy; została skierowana wtedy do internisty, który stwierdził zmiany gruźlicze w obu wierzchołkach płucnych; po injekcjach hetol'u stan chorej poprawił się o tyle, że uważana była za zdrową; przed rokiem stan chorej był również bardzo dobry; obecnie dają się stwierdzić w spojówce zmiany, które uważa za gruźlicze, mianowicie zapalenie spojówki gruźlicze *(cunjunctivitis tbc).*

W dyskusji kol. Schweig podkreśla, że za gruźlicą przemawia długi czas trwania choroby oraz brak blizn. W przychodni przeciwjagliczej bada się w takich przypadkach drobnowidzowo skrawki spojówki. Kol. Frenkiel zapytuje, jak czuje się chora obecnie.

Kol. Goldblatt w odpowiedzi zaznacza, że chora czuje się bardzo dobrze, mieszka około Zakopanego. Skrawku nie robiono ze względu na chwilowy pobyt chorej w Łodzi.

2) Kol. L. Szyfman i kol. J. Kokotek wygłosili odczyt pod tyt.: *O posocznicy meningokokkowej.*

Kol. Kokotek w pierwszej części odczytu omówił patogenezę, etjologię i rokowanie.

Kol. Szyfman w związku ze spostrzeganym przypadkiem mówił o rozpoznawaniu posocznicy meningokokkowej, o kazuistyce i leczeniu. (Praca ukaże się w druku).

W dyskusji, jaka wywiązała się nad odczytem, kol. Wolfson zgadza się z tem, że trudno jest rozpoznać posocznicę meningokokkową; w przypadku obserwowanym przez niego rozpoznanie było postawione dopiero w laboratorjum; zapytuje, ile razy w przypadku omawianym pojawiła się wysypka; w przypadku swoim widywał kilkakrotne pojawienie się wysypki w okolicy stawów; stawy były bolesne, samopoczucie chorego bardzo ciężkie; co do leczenia, to stosował bez skutku kolargol, chininę i dopiero po zastosowaniu abscesu fiksacyjnego otrzymał nadzwyczajny dobry wynik; objawy meningealne nie występowały; jedynem powikłaniem były bóle stawowe.

Kol. J. Kon. Spostrzeżenia referentów są bardzo cenne; pedjatrzy często widzą meningokokkowe zapalenie mózgu; istnieją przypadki lekkie, z dobrym przebiegiem, jeżeli wcześnie stosuje się surowicę; w innych pomimo wczesnego stosowania surowicy, kończy się zgonem najczęściej. Są to właśnie przypadki posocznicowe; w jednym podobnym przypadku widział po argochromie wyleczenie; wysypki w tym przypadku nie było; zapytuje, czy widzi się sepsis bez wysypki.

Kol. Gliksman zapytuje, czem różni się zapalenie opon mózgowych meningokokkowe od zapalenia Weichselbaumowskiego i czy był badany śluz z nosa w omawianym przypadku. Francuzi

stosują z dobrym wynikiem absces fiksacyjny oraz wyciąg suchy z bakterji.

Kol. Urbach uważa, że przyczyną złych wyników przy stosowaniu surowicy jest stosowanie niedostatecznej ilości surowicy; stosuje się również i szczepionki.

Kol. Załęski. Już Fiłatow opisywał podobne posocznice; zapalenie opon nie jest podstawową chorobą, a tylko groźnem powikłaniem; rozpoznajemy rzadko sepsis, bo nie myślimy o możliwości istnienia sepsis, opieramy bowiem zazwyczaj rozpoznanie na istniejących objawach. Spostrzegał przypadek sepsis, rozpoznawany jako wrzód żołądkowy; u tej chorej wystąpiło zapalenie stawów; przypadek zakończył się śmiercią.

Kol. Reicher. Wysypka w przypadku omawianym nie była prawdziwą *Erythema exsudativum multiforme*, jest tylko do niej podobna, gdyż przebiega inaczej niż prawdziwa *Erythema multif.*

Kol. Frenkiel zapytuje, czy było w przypadku znaczne wychudzenie i jak wpłynęło na tor ciepłoty usunięcie migdałków. W monografji Kucer'a o epidemji małopolskiej nie opisano podobnych przypadków o podobnym przebiegu. Sam stosuje surowicę i do kanału i jednocześnie śródmięśniowo; dawał duże ilości zwłaszcza przy izolowanej, zlokalizowanej postaci choroby. W jego przypadku występowała psychoza i choroba posurowicza.

Kol. Szyfman w odpowiedzi zaznacza, że wysypka bywała przez cały czas choroby, przy wysokiej ciepłocie nasilała się; samopoczucie było bardzo dobre; menigokokcemja przebiega czasami i bez powikłań; śluz z nosa był badany, lecz nic nie wykryto; stosowanie abscesu fiksacyjnego rzeczywiście daje czasami dobre wyniki; surowicę stosować należy; ilość surowicy nie wpływa na wynik lepszy; stosowanie szczepionek jest trudne, gdyż nie łatwo wyhodować meningokokki; wyniszczenia nie było, dawało się zauważyć jednak wychudzenie; tonsillectomja nie miała żadnego wpływu na ciepłotę; trudno jest odróżnić zmiany posurowicze od zmian podczas sepsy.

Protokół posiedzenia z dnia 23 kwietnia 1930 r.

1) Kol. J. Schweig wygłosił odczyt pod tyt.: *Dno oka przy nadciśnieniu samoistnem.*

W dyskusji kol. Frenkiel wyraża przypuszczenie, że zjawisko spostrzegane, że przy miażdżycy oka nie widzi się pogorszenia stanu ogólnego ma pewną analogję z tem, co się widzi przy wiądzie rdzenia, w którem wraz ze zjawieniem się zmian w oczach, nie czyni postępu.

Kol. Bender. Zagadnienie *retinitis albuminurica* stanowi moment dużego zaiteresowania internisty, zwłaszcza w stosunku do zagadnienia nadciśnienia. Prelegent zaznaczył, że czynniki toksyczne obwodowe powodujące nadciśnienie tętnicze nie dają zmian w oku w sensie *retin. album* Toby sprzeciwiało się rozważaniom Volharda, rozważaniom natury zasadniczej. Volhard, jak wiemy, dzieli nadciśnienie tętnicze na dwie grupy: nadciśnienie czerwone=

hypert. essent. (*„roter Hochdruck"*) i nadciśnienie blade *(blasser Hochdruck)*. Prototypem tego ostatniego jest ostre zapalenie nerek, gdzie według przyjętych dziś poglądów (Volhard, Kylin) jest to cierpienie nie tylko nerek lecz całego ustroju w tym sensie, że czynniki toksyczne powodują skurcz wszystkich kapillarów obwodowych (także i nerkowych), wyrazem tego jest właśnie *retinitis album.* a właściwie *angiospastica (ischaemia)*. Stąd też propozycja Kylina nazwana *glomerulonephrytu „capillaropathia acuta universalis"*. Według poglądów Volharda przy *hypert. essent.* (*„roter Hochdruck"*) wogóle niema zmian w oku w sensie *retinitis angiospastica*, gdyż etjologja tego nadciśnienia ne ma nic wspólnego z czynnikami natury toksyczno-chemicznej powodującymi spazm kapillarów względnie praekapillarów obwodowych (a więc i naczyń włosow. na dnie oka). Autor ten przypisuje bardzo ważne znaczenie rozpoznawcze owej *retinitis angiospastica seu albuminurica*, przy ocenie rodzaju hypertonji w tym mianowicie sensie, że ten objaw często stanowi pierwszy uchwytny sygnał przejścia „nadciśnienia czerwonego" w „nadciśnienie blade") *(nephrosclerosis maligna)*. Cierpienie, które było dotychczas *„stationaris"* (przez 10—15—20 nieraz lat) nagle zmienia swój charakter, staje się *progrediens* w zastraszającem tempie; pod wpływem czynników natury chemiczno-toksycznej (nie wydzielanych lub nie oksydowanych przez nerki) następuje skurcz naczyń obwodowych (m. in. nerkowych i na dnie oka), ginie sekrecyjna substancja nerkowa i wytwarza się typowy nephrytyczny obraz „nadciśnienia bladego" z jego fatalną prognozą.

Kol. Kryszek podkreśla różnice, zachodzące pomiędzy pojęciami hypertonji a hypertensji. Hypertonja oznacza wzmożone napięcie ściany naczyniowej; wyczuwa się ją palcem; idzie w parze z hypertensją, niekoniecznie jednak. Termin hypentensji powinien być używany dla objawu wysokiego ciśnienia, które może towarzyszyć miażdżycy naczyń lub hypertonji. Możliwa jest i częsta kombinacja obu zjawisk. Właśnie od badań dna oka oczekiwałoby się ułatwienia w różniczkowaniu. Sprawa napotyka jednak dotąd na trudności. Przytacza przypadki, w których przejściowe stany spastyczne w naczyniach oczu dołączały się do podstawowego schorzenia miażdżycowego. Nawiązując do zatoru tętnicy środkowej siatkówki, kol. Kryszek podkreśla częstsze występowanie tego zatoru w przypadkach *Endocarditis septica ulcerosa*, niż w przypadkach *Endocarditis lenta*.

Kol. Gliksman zapytuje, jakie stosuje się leczenie, czy stosowano acecolinę, czy ciśnienie płynu mózgowo-rdzeniowego ulega zmianie.

W odpowiedzi kol. Schweig zaznacza, że nie widział wpływu schorzenia oka na zatrzymanie się sprawy chorobowej w ustroju; nazwy hypertonja i hypertensja są przez różnych autorów używane dla tych samych stanów. Oba stany mogą się spotykać jednocześnie; może się nasadzać jeden na drugi, mogą jednocześnie występować zmiany miażdżycowe i czynnościowe. Nie

widział wpływu acecoliny; stosował chininę oraz atropinę; nie widział większej poprawy po atropinie; stosował również nitrity.

Kol. Leder (jako gość z Truskawca) wygłosił odczyt pod tyt. *„Wskazania do leczenia zdrojowego z uwzględnieniem zwłaszcza wskazań do leczenia w Truskawcu"*.

Protokół z posiedzenia w dniu 7 maja 1930 r.

1) Kol. Justman przedstawił 18-letniego M. A. B., przybyłego na oddział Dra B. Frenkla 31. III. 30 r. Zachorował rok temu na czkawkę, do której przyłączyły się wymioty. Objawy te przeszły w czerwcu 1929 r. W grudniu tegoż roku zachorował na grypę z wysoką gorączką, trwającą 3 tygodnie, poczem dostał krwotoku ustami bardzo obfitego, po którym wystąpił kaszel z plwociną krwawą; po dwu tygodniach ponowiły się krwotoki mniej obfite przez 3 dni, poczem kaszel z plwociną ustaje, i B. przez 4 tygodnie był zdrów. W połowie lutego r. b. zaczął wymiotować po jedzeniu i po piciu. Po kilkakrotnem wypłukaniu żołądka wymioty ustały, lecz dostał bólów w całem ciele, duszenia w gardle, mówił, że sufit spadnie mu na głowę, że mu palą pod pierzyną, że go chcą zarżnąć, zastrzelić, mózg mu przewrócić łyżką Po kilku dniach oświadczył, że musi jeść i być zdrowym, zjadł i zaraz wymiotował. Lekarzowi oświadczył, że jak mu nie będzie lepiej, to sam sobie da radę i podbiegł do okna w zamiarze wyskoczenia. Po proszkach wszystko ustało i stał się normalnym. Dziesięć dni przed przyjęciem do szpitala powiedział, że go dusi w gardle, dostał dreszczy i zaczął mówić od rzeczy. T°-ra była podniesiona, nie spał, nie jadł, połykał z widocznym trudem.

Dawniej był zdrów, nie palił, nie pił wyskoku, chorób wenerycznych nie przechodził. Ojciec i rodzeństwo zdrowi, matka zmarła na raka 11 lat temu. Chorób umysłowych w rodzinie nie było.

St. pr. Miernie odżywiony, wątły, ślini się mocno. Twarz mało ruchoma. Narządy wewnętrzne zmian widocznych nie wykazują. Źrenica prawa nieco szersza, na światło oddziałuje nieszczególnie. Odruchy kolanowe żywe. Brak ruchów towarzyszących kończyn górnych podczas chodu. Niespokojny, mówi dużo bez sensu, ruchy lekarza śledzi z obawą, na widok szpilki odpycha lekarza gwałtownie, a na twarzy maluje się przerażenie. Pokarmów stałych nie przyjmuje, tylko płyny. Zastosowano cylotropinę dożylnie, a na noc skopolaminę. Stopniowo chory zaczął się uspokajać, ciepłota spadła do normy. 8. kwietnia pacjent odpowiadał rozsądnie cichym głosem, sam nie mówił. Badanie moczu zmian nie wykryło, we krwi stwierdzono hemoglobiny 100%, krwinek czerwonych 5650000, białych 11600: eozynochłonnych 5%, bazofilów 2%, neutrofilów 53%, limfocytów 31% i monocytów 9%. Wassermann we krwi i płynie mózgowo-rdzeniowym ujemny. W płynie mózgowo-rdzeniowym białka 0,8‰, Pandy ledwie zaznaczony, Nonne-Apelt ujemny, pleocytoza 5 w 1 mm³. Pomimo ogólnej poprawy tętno było wciąż jeszcze przyśpieszone. W po-

czątku 3-cej dekady stwierdzono narastający negatywizm: przestał odpowiadać na pytania, nie wykonywał poleceń, odmawiał przyjmowania pokarmów, stawiał czynny opór, jeśli go się chciało skłonić do czego. Po zastosowaniu siarki stał się przystępniejszy, odpowiadał cicho na pytania, naogół jednak wobec lekarza był znacznie więcej pohamowany, niż poza jego obecnością. Prześwietlenie klatki piersiowej wykazało w prawej okolicy podobojczykowej na wysokości III żebra konglomerat plamistych cieni, łączących się z górnym biegunem wnęki, której cień jest powiększony i zagęszczony. Miąższ lewego płuca bez zmian widocznych. Przepona obustronnie ruchoma.

Epicrisis. Chory zapadł przed rokiem na zapalenie mózgowia z uporczywą czkawką i zmianami następczemi: wzmożonem ślinieniem, maskowatością twarzy, rozszerzeniem i leniwem oddziaływaniem na światło źrenicy prawej. Zmiany te nie wystąpiły jednakże bezpośrednio po pierwotnej chorobie, gdyż od czerwca do grudnia r. z. t. j. pół roku trwał okres zdrowia. Przez grudzień r. z. i połowę stycznia chorował na grypę z wysoką gorączką i kilkakrotnemi krwotokami płucnemi. Pomimo, iż odczyn Biernackiego wynosi 85', skłonni jesteśmy wyłączyć gruźlicę, opierając się na absolutnym braku kaszlu i plwociny, braku stłumienia i objawów wysłuchowych. Wynik prześwietlenia również nie przemawia za gruźlicą, gdyż niema śladu złośliwości właściwej zmianom gruźliczym, umiejscowionym pod obojczykiem. Dlatego też gdy u chorego po pewnej poprawie w stanie psychicznym wystąpił wybitny negatywizm, właściwy początkowym okresom schizofrenji, zdecydowaliśmy się na zastosowanie siarki bez obawy uczynnienia nie istniejącej podług nas sprawy gruźliczej. Po dwóch zastrzykach siarki negatywizm wyraźnie się zmniejszył. Ponieważ przed obecną chorobą B. żadnych anomalji psychicznych nie wykazywał, ani nikt z bliższej i dalszej rodziny na żadną chorobę umysłową nie chorował, przeto można uważać rozwijającą się u B. schizofrenję za dalsze następstwo przebytego rok temu zapalenia mózgowia, które pod wpływem grypy uległo ponownemu obostrzeniu, na co wskazywały ciepłota podgorączkowa i wyraźniej występujące objawy parkinsonizmu. (Autoreferat).

2) Kol. Justman przedstawił chorego W. Ł. lat 34, przyjętego na oddział Dra B. Frenkla 15. I. 1930 r. 3 lata temu Ł. poczuł „strzykanie" w stawach kończyn dolnych, które po roku przeszło w kończynie prawej, pozostało w lewej. Od $1^3/_4$ roku bóle i uczucie ciężaru pomiędzy łopatkami oraz słabość kończyn dolnych, więcej lewej. Zaburzeń w oddawaniu stolca ani moczu nie było. Nie pije, pali 11 lat do 25 papierosów dziennie, choroby weneryczne negat. Żona i dziecko zdrowe, jedno umarło, jedno poronienie po dźwignięciu ciężkiego kamienia. Szczupły o wyraźnej lordozie piersiowej części kręgosłupa i lekkiej skoliozie prawostronnej. Wyrostki kolczaste VI kręgu piersiowego do ostatniego lędźwiowego lekko tkliwe przy uderzaniu. Oczopląs wybitny przy patrzeniu w prawo, lekki przy patrzeniu w lewo. Odruchów

brzusznych brak, nosidłowy lewy słabszy od prawego normalnego, podeszwowy prawy słaby, lewego brak, kolanowe i Achillesowe wzmożone, szczególniej lewe. Objawu Babińskiego brak, objaw Rossolimo lewostronny. Niedowład kończyn dolnych, lekki prawej, wyraźny lewej. Przy oczach zamkniętych chwieje się w prawo. Prawa połowa języka cieńsza znacznie, pokryta podłużnemi brózdami, stałe drżenie włókienkowe w tej połowie. Wysunięty z ust język zbacza lekko swym koniuszkiem w prawo. Badanie prądem galwanicznym wykazało osłabienie pobudliwości prawej połowy języka bez odwrócenia formuły, sam zaś skurcz prawej połowy języka nieco mniej szybki, niż lewej. Badanie moczu, krwi i płynu mózgowo-rdzeniowego wykazało stosunki normalne, szczególniej zaś odczyn Wassermanna wypadł ujemnie.

W przypadku tym poza zwykłym zespołem objawów stwardnienia wieloogniskowego stwierdzamy objaw rzadko spotykany: zanik prawej $^1/_2$ języka zależny od schorzenia neuronu obwodowego. Wiadomo, iż w stwardnieniu wieloogniskowem znajduje się ogniska chorobowe nietylko w istocie białej, lecz również chociaż rzadziej w istocie szarej. Cechą charakterystyczną tych ognisk jest uszkodzenie włókien nerwowych, przyczem otoczka myelinowa ulega rozpadowi i wessaniu, a same cylindry osiowe względnie komórki nerwowe względnie długo opierają się szkodliwym wpływom cierpienia i zachowują po części swą czynność. Tem objaśnia się fakt, iż w przypadkach uszkodzeń jąder ruchowych stwierdzamy wprawdzie mniejszy lub większy zanik mięśnia odnośnego oraz osłabienie jego pobudliwości elektrycznej, lecz brak odczynu zwyrodnienia, nieuniknionego w razie zaniku komórek nerwowych.

W danym przypadku współistnienie porażenia zanikowego prawej $^1/_2$ języka ze znaczniejszym niedowładem kończyny dolnej lewej daje t. zw. zespół Jacksona, zależy od umiejscowienia ogniska w opuszce pomiędzy jądrem prawego nerwu podjęzykowego a piramidą prawą. (Autoreferat).

3) Kol. D y n k i e w i c z przedstawia przypadek kiły mostu.

Chory przybył na oddział neurologiczny Dra B. F r e n k l a dn. 19. III. 1930 r. 4-ry tygodnie przed przybyciem do szpitala pacjent po zdenerwowaniu stracił przytomność na kilka minut. Po odzyskaniu jej poczuł zdrętwienie prawej połowy ciała, które trwało kilka godzin. Osłabiony, leżał w ciągu dnia w łóżku. W nocy był telefon, ale chory nie mógł dojść do aparatu, chociaż wyraźnie słyszał dzwonek. Nazajutrz miał bóle głowy. 3 tygodnie czuł się zupełnie dobrze. 17. III. r. b. miał poważne zmartwienie. Wrócił zdenerwowany o godz. 10-ej wiecz. do domu, gdzie znowu wystąpiło mrowienie prawej połowy ciała. Położył się spać. W nocy źle się czuł, zszedł z łóżka, aby się udać do sąsiedniego pokoju, ale przy drzwiach upadł i stracił przytomność. Zawezwany lekarz stwierdził niedowład połowiczy prawostronny z zaburzeniami mowy. Dnia 19. III. r. b. stwierdzono w szpitalu: prawa źrenica o kształcie jajowatym; obie reagują na światło sprawnie; prawy fałd nosowo-wargowy płytszy. Zbaczanie języka przy

wysuwaniu w stronę prawą. Mowa niezrozumiała. Płaczliwość. Wiotkie porażenie prawych kończyn z przewagą górnej z prawostr. Babińskim bez zaburzeń czucia. Zastrzyk Bismogenolu domięśniowo oraz 0,15 Neo. 20. III. r. b. Nazajutrz nie mówi wcale. Podczas picia płyn wylewa się ustami i nosem. Kompletna hemiplegja prawostronna. Badanie gardła i krtani zmian nie wykazało. Po stronie lewej tendencja do Babińskiego. Nakłucie lędźwiowe.

21. III. r. b. Wygładzenie obu fałdów nosowo-gardłowych. Bezruch języka. Nie mówi. Wiotkie porażenie wszystkich 4 kończyn z obustronnym Babińskim, bez zaburzeń czucia. Zatrzymanie moczu i kału. Bardzo źle łyka. Zachłyśnięcie. Badanie płynu wykazało: Pandy dodatni; Nonne-Apelt słabo dodatni, białko 0,83‰, pleocytoza 90 ciałek w 1 mm^3. Wa we krwi i płynie (++++). Pod wpływem leczenia swoistego (5,5 g Neo, 12 zastrzyków Bi oraz 8 zastrzyków jodu) stan się znacznie poprawił. *Status praesens* jest następujący: prawy fałd nosowo-wargowy jest nieco płytszy. Ruchy języka we wszystkich kierunkach prawidłowe. Mowa rozwlekła, monotonna, przerywana skutkiem braku tchu. Brak zaburzeń w łykaniu. Ruchy bierne i czynne wszystkich kończyn zachowane. Osłabienie siły mięśniowej wszystkich kończyn z przewagą po stronie prawej. Zaburzeń czucia brak. Odruchy na kończynach górnych zachowane z obustronnym Jacobsonem i Sterlingiem. Zniesienie brzusznych. Odruchy na kończynach dolnych zachowane. Obustronny Babiński i Rossolimo. Chód zlekka spastyczny, chwiejny. Kol. D y n k i e w i c z podkreśla kolejność występowania objawów, a więc przemijające drętwienie prawej połowy ciała, następnie niedowład połowiczy prawostronny ze zbaczaniem języka, później bezwład prawostronny, wreszcie porażenie wszystkich kończyn z bezruchem języka i zaburzeniami w łykaniu. Kol. D y n k i e w i c z analizując przebieg kliniczny powyższego przypadku, umiejscawia ognisko chorobowe w moście (środkowa trzecia część) powyżej miejsca wyjścia n. twarzowego, przytem ognisko to, posuwając się ze strony lewej w prawą, dotknęło na tym poziomie szlaki piramidowe (ośrodkowe szlaki ruchowe dla mięśni tułowia i kończyn) i jądrowe szlaki ruchowe n. błędnego, twarzowego i podjęzykowego dla mięśni gardła, dolnej części twarzy i języka.

4) Kol. D y n k i e w i c z, nawiązując do przypadku, przedstawionego przez kol. J u s t m a n a, demonstruje 2 przypadki stwardnienia rozsianego, gdzie obok ośrodkowego neuronu ruchowego został również zajęty obwodowy neuron ruchowy. W pierwszym przypadku stwierdza się niedowład spastyczny kończyn dolnych z obustr. Rossolimo, zniesieniem odruchów brzusznych, lewostronnymi objawami Lasègu'a i Mackiewicza jak również zanikami mięśniowemi po tejże stronie (różnica wynosi 3 cm na udzie). Wa we krwi i płynie wypadł ujemny. Pleocytozy brak.

W drugim przypadku stwierdza się spastyczny niedowład kończyn dolnych z obustronnym Babińskim i Rossolimo i zniesieniem odruchów brzusznych, obok tego niedowład n. twarzowego lewego typu obwodowego.

5) Kol. Neumark wygłosił odczyt *O chorobie Fox - Fordyce'a z pokazem chorych i preparatów histologicznych*. Na podstawie 3 własnych przypadków choroby Fox-Fordyce'a (u kobiet) prelegent w krótkim i treściwym wykładzie omówił charakterystyczny obraz tego dość rzadkiego cierpienia skóry z punktu widzenia klinicznego, histologicznego, patogenetycznego i terapeutycznego w związku z badaniami Schiefferdecker'a i in. autorów o gruczołach apokrinalnych, posiłkując się przytem projekcją fotografji i preparatów histologicznych.

Prelegent zaznacza, iż nic się nie zyskuje w kierunku wyjaśnienia patogenezy choroby Fox-Fordyce'a podporządkując to cierpienie pod grupę neurodermitis, czyli przewlekłego zliszajowacenia skóry. Umiejscowienie objawów choroby Fox-Fordyce'a wyłącznie w miejscach, w których znajdują się gruczoły apokrynalne, obraz histologiczny wykazujący zmiany patologiczne umiejscowione dokoła przewodów tych gruczołów oraz ich ujść na powierzchnię skóry, ustalony związek pomiędzy występowaniem zmian chorobowych skóry a zaburzeniami czynnościowemi gruczołów płciowych i tarczycy, odporność zmian chorobowych skóry na leczenie promieniami Roentgena — cały szereg tego rodzaju danych przemawia za tem, iż choroba Fox-Fordyce'a przedstawia pewną zupełnie oddzielną jednostkę chorobową skóry.

Że zaburzenia czynnościowe gruczołu tarczycowego odgrywają pewną rolę w powstawaniu choroby Fox-Fordyce'a świadczą za tem również spostrzeżenia prelegenta, który u 2-ch chorych stwierdził objawy nadczynności tarczycy. Ze względu na to, iż choroba F.-F. jest nader odporna na wszelkie zabiegi lecznicze, podkreśla prelegent dobry wpływ leczenia insuliną w jednym przypadku choroby Fox-Fordyce'a w kierunku nietylko znacznego zmniejszenia świądu, lecz i objektywnej poprawy. Jest to tem bardziej ciekawe, gdyż kilkakrotne określenie krzywej glikemicznej zapomocą obciążenia 25 g glukozy naczczo wedle metody Maranona wykazało doskonałą sprawność czynnościową wysepek Langerhansa; należy jednak zaznaczyć istnienie u tej chorej objawów lekkiej nadczynności tarczycy.

Protokół posiedzenia z dnia 21 maja 1930 r.

I. Kol. Grosglik przedstawia: 1) 50 letniego mężczyznę z *Osteosarcoma femoris dextr.*, które spowodowało patologiczne złamanie szyjki udowej. Cierpienie powstało przed rokiem. Obraz przed 6 mies.: bóle gwałtowne w prawej nodze, pachwinie i krzyżu, bezsenność; posuwa się o dwu kijach, nie podnosząc prawej nogi. W górnej części prawego uda guz wyniosły, wielkości 10×8 cm, bolesny, ze skórą niezrośnięty, ale nieprzesuwalny względem podstawy. Gruczoły prawej pachwiny bardzo powiększone, lewej — mniej. Zanik mięśni prawego uda. Zły stan ogólny. Rentgenografja (Dr. Keilson): „poprzeczne złamanie szyjki kości udowej; wyraźne zniszczenie kości w sąsiedztwie złamania; nieregularne odwapnienie i rozrzedzenie kości". Od 28 XII. 29 do 10 V. 30 trzykrotnie

Roentgen: już dawno bóle ustąpiły, ogólny stan znacznie się poprawił, chodzi o wiele lepiej, nawet bez kija. Tej poprawie klinicznej niezupełnie odpowiada obraz rentgenologiczny, co się zgadza z doświadczeniami Holfeldera, który również stwierdził, że zmiana na lepsze w rentgenogramie występuje o wiele później niż klinicznie.

2) 41 letnią kobietę z *chorobą Basedowa,* trwającą blisko 8 lat. Ciężki stan w I. 25 r.: i naświetlanie Roentgenem: wybitna poprawa, nawet z ustąpieniem wytrzeszczu. Po kilku miesiącach nawrót.

17. III. 27 r.: usunięcie prawego płata: w kilka dni objawy Basedowa ustąpiły. W niespełna 2 lata znowu nawrot: rośnie tylko prawy płat, wybitny Basedow; nad prawym obojczykiem gruczoł wyczuwalny, również pod lewą pachą.

3) 30 letniego mężczyznę z *chorobą Basedowa* pomimo obustronnej operacji. Cierpienie zaczęło się w II. 29 r. Wycięto prawy płat 26. VIII. 29 r., lewy 23. IX. 29 r. Po 3 mies. szyja zaczęła się powiększać. Obecnie wybitny Basedow; chudnienie, a pomimo to obwód szyji 40 cm.

Na podstawie ostatnich dwóch przypadków kol. Grosglik żąda kilkuletniej kontroli operowanych z powodu Basedowa chorych, inaczej trudno mówić o zupełnem wyleczeniu.

II. Kol. Justman przedstawił 64-letniego M. D., skarżącego się na ból w okolicy zaszczękowej prawej, trwający półtora roku, szczególniej dotkliwy od pół roku. W narządach wewnętrznych prócz objawów umiarkowenej miażdżycy tętnic, zmian widocznych brak. Parcie naczyniowe 130—90. Przy szczerzeniu zębów prawa połowa ust znacznie słabiej rozwarta, nadąć prawego policzka nie może, gdyż powietrze uchodzi prawą połową ust. Prawa połowa języka znacznie cieńsza, na dotyk wiotsza, powierzchnia tej połowy pokryta głębokiemi bróździami, język wysunięty mocno zbacza wprawo. Poza tem układ nerwowy żadnych odchyleń od normy nie wykazuje, szczególnie zaś odruchy skórne i ścięgnowe z obu stron jednakowo żywe, różnicy w sile kończyn jednej i drugiej strony niema żadnej, inne nerwy czaszkowe sprawne, źrenice oddziałują sprawnie. W okolicy zaszczękowej i podszczękowej prawej wyczuwa się nierówny twardawy wyraźnie tkliwy guz ruchomy zarówno w stosunku do skóry, jak i szczęki dolnej. Chory odczuwa ból przy palpacji nietylko samego guza, lecz również kąta szczęki dolnej. Zdjęcie okolicy podszczękowej i zaszczękowej prawej wykazuje normalny rysunek szczęki dolnej. Mocz zawiera minimalne ślady białka, osad normalny.

By właściwie objaśnić opisany wyżej zespół objawów, uprzytomnić sobie należy przebieg nerwu podjęzykowego. Nerw podjęzykowy wychodzi z czaszki przez położony obok wielkiego otworu potylicznego kanał nerwu podjęzykowego, przebiega ku dołowi pomiędzy tętnicą szyjną wewnętrzną od wewnątrz a tylnym brzuścem mięśnia dwubrzuścowego i mięśniem rylcowo-gnykowym od zewnątrz, poczem wielkim łukiem skierowuje się ku przodowi i nawewnątrz od ślinianki podszczękowej przenika w szczelinę pomiędzy mięśniami żuchwowo-gnykowym a gnykowo-językowym,

poczem rozpada się na swe gałązki, zaopatrujące miąższ języka. Otóż guz wychodzący z prawej ślinianki podszczękowej lub z szczątka zarodkowego łuku skrzelowego, rosnąc we wszystkich kierunkach, ucisnął nerw podjęzykowy prawy, obrastając go wokoło lub też przyciskając do kości gnykowej — stąd powstało porażenie zanikowe nerwu podjęzykowego prawego, porażenie mięśnia okrężnego ust na pierwszy rzut oka nasuwałoby przypuszczenie sprawy centralnej, przy której jest porażona tylko dolna gałązka nerwu twarzowego. Lecz najdokładniejsze badanie nie wykryło żadnych objawów niedowładu połowiczego prawostronnego, brak bowiem osłabienia kończyn prawych, brak wzmożenia napięcia mięśni tych kończyn, brak wzmożenia odruchów ścięgnowych tychże kończyn, brak objawu Babińskiego wzgl. Rossolimo z prawej strony, brak osłabienia odruchów brzusznych prawych. Pozostaje tedy przypuścić, iż porażenie mięśnia okrężnego ust prawego jest w naszym przypadku również obwodowe. Jak wiadomo, włókna, zaopatrujące mięsień okrężny ust, biorą swój początek w jądrze nerwu podjęzykowego, idą w rdzeniu przedłużonym proksymalnie do jądra nerwu twarzowego, poczem wraz z włóknami, wychodzącemi z tego jądra, tworzą razem pień nerwu twarzowego. Ponieważ wyłączamy niedowład połowiczy prawostronny z zajęciem dolnej gałązki nerwu twarzowego prawego, musimy przypuścić, iż porażenie mięśnia okrężnego ust powstało w naszym przypadku z tego powodu, iż włókna, zaopatrujące ten mięsień, wchodzą od chwili powstania z jądra nerwu podjęzykowego w skład tegoż nerwu i drogą anastomoz obwodowych z dolną gałązką nerwu twarzowego dostają się do mięśnia okrężnego ust. Biug obserwował przypadek zniszczenia pnia nerwu twarzowego z powodu próchnicy kości skalistej, w którym pomimo to czynność mięśnia okrężnego ust wróciła. Naturalnie było to możliwe tylko dlatego, że włókna, idące z jądra nerwu podjęzykowego wprost drogą nerwu podjęzykowego, a nie via jądro nerwu twarzowego, dopiero na obwodzie drogą anastomozy z dolną gałązką nerwu twarzowego doszły do mięśnia okrężnego ust. Tak więc ten sam guz, który uciska w naszym przypadku pień nerwu podjęzykowego, uciska również zawarte w nim włókna, przechodzące drogą anastomozy do dolnej gałązki nerwu twarzowego i zaopatrujące mięsień okrężny ust. Przypadek nasz jest tedy drugim zrzędu, dowodzącym istnienia anastomozy obwodowej pomiędzy nerwem podjęzykowym a twarzowym.

III. Kol. M a r g u l i s przedstawia przypadek bardzo znacznego przemieszczenia serca do tyłu, t. zw. *dorsocardia.*

Chora lat 30; przed 14 laty lewostronne zapalenie wysiękowe opłucnej. Od tego czasu zmiany gruźlicze lewostronne. Wskutek powstałych zrostów serce zostało przemieszczone ku tyłowi; uderzenia koniuszka wyczuwa się w tyle w linji łopatkowej lewej w okolicy VIII. żebra; tam również najlepiej wysłuchują się tony serca.

IV. Kol. B e n d e r przedstawia *dwa przypadki wrodzonej wady serca.*

V. Kol. Bergson przedstawia chorą lat 32 z donoszoną ciążą jajowodową. Chora jest 8 lat po ślubie; nie rodziła; przed 5 laty poronienie; przed 2 miesiącami zgłosiła się do kliniki w celu odbycia porodu; ostatnie menses przed 14 miesiącami; po 9 miesiącach domniemanej ciąży poczuła silne bóle; była następnie u kilku lekarzy, którzy ciąży nie stwierdzili. Po 5 miesiącach nowe bóle i chora przyjęta do lecznicy. Stwierdzono (po za bólem porodowym) guz odpowiadający ciąży normalnej, obok guza — inny guz odpowiadający macicy. Chorą zbadano w narkozie i poddano operacji; wydobyto w całości guz pomimo trudności technicznych, spowodowanych zrostami guza z jelitami; guz przedstawiał płód donoszony; przebieg pooperacyjny bardzo ciężki; chora wyzdrowiała zupełnie.

W dyskusji kol. Frenkiel zapytuje, kiedy nastąpiła śmierć płodu.

Kol. Bergson odpowiada kol. Frenkielowi, iż śmierć płodu nastąpiła wtedy, kiedy zjawiły się pierwsze bóle. Każda żywa ciąża pozamaciczna musi być operowana; każdy podobny przypadek należy traktować jak guz złośliwy; jeżeli kobietę z ciążą pozamaciczną mamy w stałej obserwacji, to dziecko może być donoszone, ale należy w odpowiednim czasie dokonać operacji.

VI. Kol. Sterling w dłuższem przemówieniu omawia *działalność lekarską b. p. kol. Leyberga Jakóba.* Towarzystwo Lekarskie poniosło wielką stratę. Zmarły kol. Leyberg był bardzo czynnym członkiem Towarzystwa, napisał szereg prac laboratoryjnych oraz szereg prac klinicznych z dziedziny syfilidologji, niektóre z nich wspólnie z neurologami. Charakter pracy naukowej był indywidualny. W badaniach swych kol. Leyberg odznaczał się ścisłością; był świetnym prelegentem i znakomitym polemistą.

VII. Kol. Keilson wygłosił odczyt pod tytułem: „Obraz rentgenologiczny schorzeń stawowych przewlekłych". Odczyt był ilustrowany szeregiem przeźroczy.

W dyskusji nad odczytem zabierał głos kol. Szyfman.

VIII. Poza porządkiem dziennym kol. A. Gurewicz z Truskawca (jako gość) wygłosił odczyt pod tytułem: „O nowej metodzie rentgenograficznego uwidaczniania nerek i pyelografji drogą śródżylną". Odczyt był uzupełniony pokazem szeregu ciekawych zdjęć rentgenowskich.

Posiedzenie naukowe z dnia 18 czerwca 1930.

I. Kol. Szyfman przedstawił 17 letnią *chorą na cukrzycę* od 6 lat i leczoną od tego czasu insuliną. W maju 1930 chora zaczęła gorączkować; stwierdzono postępującą sprawę gruźliczą prawostronną; ze względu na bardzo ciężki stan chorej *założono odmę sztuczną,* poczem nastąpiła nadzwyczajna poprawa. OB z 7' — wzrosło do 20'; na wadze przybyła 8 kg.

II. Kol. Dynkiewicz przedstawił chorego z parezą nerwu twarzowego, która wystąpiła zdaniem kol. Dynkiewicza wskutek leczenia rzeżączki ostrej gonowakcyną.

III. Kol. B. Frenkiel omówił przypadek *nowotworu rdzenia* i przedstawił preparat omawianego przypadku.

IV. Kol. Rosiewicz przedstawił *chorego z kiłą trzustki* z następowym cukromoczem.

W dyskusji zabierali głos kol.: Sterling, Szyfman i prelegent.

V. Kol. Rosiewicz przedstawił chorego *z kauzalgją urazową;* omówił szczegółowo symptomatologję przypadku, oraz wskazał na dobry wynik leczniczy po zastosowaniu pilocarpiny i acecoliny.

Posiedzenie kliniczne w Szpitalu Anny Marji
w dniu 25 czerwca 1930.

I. Kol. Grosglik pokazuje:

1) chorego z rozpoznaniem *„rak żołądka":* 31 lat; od przeszło 4 lat silne bóle *w epigastrium* i wymioty po jedzeniu; od 3 miesięcy pogorszenie i chudnięcie. Zawartość żołądka: obfity śluz, bezkwaśność, drobnowidowo liczne ciałka ropne. Rentgenoskopja: *duży ubytek cienia jamy odźwiernikowej.* Od 22 listopada do 16 grudnia 1929 r. pobyt w szpitalu św. Józefa; poprawa ogólna, przybytek na wadze 5 i pół kg. Od 2 stycznia do 16 stycznia 1930 r.: Roentgen: bóle ustąpiły, apetyt się poprawił, chory odzyskał zdolność do pracy. W początkach marca 1930 r. lekkie pogorszenie. Od 13 do 22 marca 1930 r. ponownie Roentgen: 28 kwietnia 1930 r.: zawartość żołądka: śluz obecny, bezkwaśność; rentgenoskopja: *ubytku cienia nie widać.*

Przypadek zasługuje na uwagę pod względem zarówno rozpoznawczym jak i leczniczym. Objawy kliniczne wraz z chemicznemi żołądka przemawiają bowiem również dobrze za rakiem, jak i przewlekłym bezkwaśnym nieżytem żołądka. Jeżeli mamy dać przewagę badaniu rentgenologicznemu, mielibyśmy zatem przypadek raka żołądka, dobrze oddziaływający na promienie Roentgena Gdyby jednak zaszła była omyłka w rentgenoskopji przed leczeniem a przypadek okazał się nieżytem, należałoby podnieść nadzwyczaj pomyślny skutek dawek, znacznie przekraczających dawki stosowane w nieżycie żołądka.

2) 52 letniego mężczyznę z *limfogranulomatozą.* Liczne gruczoły w rozmaitych okolicach ciała. Od 3 miesięcy guz w okolicy *manubr. sterni* i górnych lewych żeber, twardy jak kość, z skórą niezrośnięty, ale nieprzesuwalny, wielkości 9 × 6 cm. Zdjęcie nie wykazuje dostatecznie wyraźnych zmian kostnych. Gwałtowne swędzenie całego ciała. Urobilinogen i urobilina w moczu silnie zwiększone. Osobliwość tego przypadku polega po pierwsze na istnieniu guza, prawdopodobnie kostnego w limfogranulomatozie, po wtóre, na bardzo wybitnej eozynofilji we krwi (60% eozynofilów na 80% granulocytów).

W dyskusji zabierał głos kol. Gliksman.

Kol. Grosglik w odpowiedzi podkreśla, że podniesiony w dyskusji zarzut, iż wybitna eozynofilja w tym przypadku niekoniecznie przemawia za limfogranulomatozą, mogąc być wyrazem np. ro-

baczywości, upada: 1) badanie kału nie wykazało ani robaków ani jaj; 2) po kilku naświetlaniach, wraz z poprawą kliniczną, eozynofilja spadła do 25%.

II. Kol. F. Rozenówna wygłosiła odczyt p. t.: *„Układ roślinny u dzieci"*. Praca ukaże się w druku.

W dyskusji nad odczytem zabierali głos kol. kol. Sterling, Frenkiel i prelegentka.

III. Kol. N. Zausmer wygłosił odczyt p. t.: *„Wyniki badań własnych nad układem roślinnym u dzieci"*. W badaniach swych posługiwał się kol. Zausmer tylko adrenaliną. Praca ukaże się w druku.

Protokół posiedzenia z dnia 17 września 1930.

1) Kol. Justman przedstawił mężczyznę lat 32, u którego najdokładniejsze badanie układu nerwowego nie wykryło żadnych objawów wiądu rdzenia ani przebytego zapalenia wielu nerwów, a mimo to stwierdzony został absolutny brak odruchów kolanowych, których nie można wywołać ani sposobami zwykłemi, ani sposobami Jendrassika, Goldscheidera, Oppenheima i Justmana. Odruchów Achillesowych nie udaje się wywołać sposobem Babińskiego, w pozycji leżącej natomiast udaje się wywołać słabe odruchy. Brak objawu Romberga, żywe oddziaływanie źrenic na światło i zbieżność, doskonała zborność ruchów, brak jakichkolwiek zaburzeń w oddawaniu moczu i kału, brak jakichkolwiek zmian czucia powierzchownego i głębokiego, brak podmiotowych zmian czucia (bólów strzelających, parastezyj) świadczą o braku zmian w zwojach międzykręgowych i powrózkach tylnych rdzenia i pozwalają wyłączyć rozpoznanie wiądu rdzenia. Zupełna niewrażliwość pni nerwowych oraz normalny rozwój mięśni z drugiej strony pozwalają również wyłączyć zapalenie wielu nerwów. Harmonijny rozwój i normalny stan odżywienia oraz czynności wszystkich mięśni wyłączają również jakiekolwiek przebyte jeszcze w życiu wewnątrzmacicznem zapalenie nerwów lub powrozków tylnych rdzenia. Ponieważ odruchy kolanowe są przy układzie nerwowym normalnym absolutnie stałe, przeto przyczynę tego niezwykłego braku odruchów szukać należy poza układem nerwowym. U danego osobnika narządy wewnętrzne są całkiem normalne, pominąwszy przejściowe bóle kardjalgiczne. Nie tu więc szukać należy wyjaśnienia. Zwrócić należy uwagę na wybitną pałąkowatość nóg, jako następstwo przebytej krzywicy. By zrozumieć, jaką rolę grać może w danym razie pałąkowatość nóg, uprzytomnijmy sobie mechanizm odruchu kolanowego. Pod wpływem uderzenia młotkiem więzu rzepkowego dolnego następuje nagłe i bardzo krótkotrwałe rozciągnięcie tegoż więzu, które udziela się naturalnie poczwórnemu mięśniowi wyprostnemu podudzia. Drogą odruchu mięsień na to nagłe i krótkotrwałe rozciągnięcie odpowiada skurczem. U osobnika demonstrowanego pod wpływem pałąkowatości nóg powstało stałe rozciągnięcie więzu rzepkowego dolnego, a więc i mięśnia poczwórnego wyprostnego. Z fizjologji wiadomo, iż

podrażnienie nagłe daje za każdym razem jednakowy efekt. O ile jednak podrażnienie jest stałe, to wrażliwość na bodziec znika, jakby go wcale nie było. Tym faktem braku efektu na podrażnienie stałe objaśnia się brak odruchów kolanowych u osobnika o nogach pałąkowatych. Pod wpływem uderzenia młotkiem więzu rzepkowego dolnego, już mocno rozciągniętego, ten nader nieznaczny dodatek rozciągnięcia (o ile wogóle istnieje) nie wystarcza, by pobudzić do skurczu odruchowego mięsień wyprostny podudzia, osłabiony w swej pobudliwości z powodu stałego wyciągnięcia jego masy. Rzeczą dalszych spostrzeżeń jest zwrócenie uwagi na zachowanie się odruchów kolanowych we wszystkich przypadkach nóg pałąkowatych. (Autoreferat).

2) Kol. Sterling wygłasza wspomnienie pośmiertne o zmarłym kol. Józefie Szwajcerze. Krótki żywot zmarłego nie pozwolił mu na pozostawienie spuścizny naukowej; pochodził z rodziny społeczników. Ojciec Zmarłego wprowadził przymus szkolny w Łodzi; był to pierwszy przypadek wprowadzenia przymusu szkolnego w Polsce. W ruchu zawodowo-lekarskim zmarły kolega brał bardzo czynny udział i zajął stanowisko przodujące; przez szereg lat był członkiem Zarządu Związku Lekarzy P. P. i członkiem Komitetu redakcyjnego Nowin Lekarskich.

3) Kol. J. Koliński wygłasza przemówienie poświęcone bł. p. kol. Hermanowi Rundo. Zmarły był jednym z 12 założycieli Towarzystwa Lekarskiego Łódzkiego; był on przedostatnim z żyjących członków założycieli. Kol. Rundo rozpoczął studja lekarskie w Szkole Głównej; mieszkał w Łodzi od r. 1882. Przez 48 lat swego życia w Łodzi przyjmował czynny udział w życiu naukowem i społecznem. Od roku 1919 do 1922 był kierownikiem Szpitala Miejskiego. W życiu Towarzystwa Lekarskiego przyjmował gorliwy udział; był bibljotekarzem, sekretarzem, wiceprezesem oraz prezesem Towarzystwa. Pozostawił parę prac naukowych. W roku 1911 otrzymał godność członka honorowego Towarzystwa; w r. 1926 otrzymał potwierdzenie dyplomu. W roku 1930 na uroczystem posiedzeniu poświęconem dla uczczenia 50-io lecia pracy zawodowo-lekarskiej pięciu kolegów — dyplom potwierdzono powtórnie.

4) Kol. Sterling wygłasza przemówienie poświęcone ś. p. zmarłego w dniu 6 września członka honorowego Towarzystwa Dr. Kazimierza Dłuskiego. Kim był zmarły, jaki szeroki był zakres Jego zainteresowania, świadczyć może kilkadziesiąt Towarzystw i Instytucyj społecznych i naukowych, podpisanych na nekrologu zmarłego. Kol. Sterling omawia Jego dzieciństwo, pobyt w szkole średniej, podkreśla częste przymusowe zmiany szkoły w Niemirowie, Petersburgu, Kijowie. Studja wyższe prowadził w Odessie, Warszawie, Krakowie, Genewie i w Paryżu, gdzie skończył szkołę nauk politycznych i napisał szereg poważnych prac z dziedziny socjologji i ekonomji.

Medycynę rozpoczął studjować w 30 roku życia; był asystentem Grancher'a. Pierwszą pracę lekarską ogłosił p. t. „O dyspepsji u gruźlików". Aczkolwiek wychowany na najlepszych przy-

kładach francuskich — znał znakomicie i szkołę niemiecką. Napisał pracę „O tuberkulinie", uważaną powszechnie za najlepszą obok pracy Sahli'ego. Jego sprawozdania sanatoryjne są niezmiernie ciekawe. Pierwszy spostrzegł, że gruźlica nie zawsze zaczyna się od szczytów. Pierwszy pisał o *pleurite á répétition*. Wypróbował pierwszy obok klasyfikacji Turbana — klasyfikacje anatomiczno-kliniczne. Ostatnią świetną pracą była „O jamach płucnych" na zasadzie 625 przypadków. Zmarły był założycielem pierwszego dużego na miarę europejską sanatorjum w Zakopanem.

Zmarły był przez całe życie fanatykiem wolności; miał dużą odwagę cywilną, nie cofał się przed konsekwencjami, gdy chodziło o prawdę. Był subtelnym umysłem, pełnym entuzjazmu, w dyskusji chciał poznać przeciwnika, nauczyć się od niego czegoś.

5) Kol. Mogilnicki oznajmia, że w niedzielę dnia 22 listopada 1930 odbędzie się obchód 25 lecia istnienia Szpitala Anny Marji i jednocześnie otwarcie nowego pawilonu. Zaprasza wszystkich kolegów na uroczystość. Szpital Anny Marji jest największym szpitalem dla dzieci w Polsce, liczy bowiem 240 łóżek.

6) Kol. H. Kryszek wygłosił odczyt p. t. *„O wrodzonych wadach serca"*. Kol. Kryszek uzasadnia na wstępie praktyczną i poznawczo diagnostyczną wartość omawiania wad wrodzonych serca.

Trudność rozpoznawania wynika z genezy powstawania wad i z „wielości" obrazu chorobowego. Trudność tem większa u osesków i małych dzieci. Na zmiany wrodzone nasadzać się mogą zmiany zapalne — trudność rozpoznawania nawet na stole sekcyjnym; probierzem zmiany w mięśniu, nie na zastawkach.

Poczem kol. Kryszek omawia wartość anamnezy; sinicę i teorję jej powstawania; dane kapiloroskopijne z własnych przypadków; wartość rokowniczą sinicy; hyperglobulję i jej kompensacyjne znaczenie; pałeczkowatość palców; napadowo występującą duszność z sinicą i próby tłumaczenia napadów; ciepłotę ciała (temperatury powyżej 42° w jednym z własnych przypadków); częstość innych zaburzeń rozwojowych; rodzaj szmerów; ich charakter, lokalizację i przenoszenie się; znaczenie akcentu lub osłabienia drugich tonów u podstawy; brak szmerów, charakterystyczny dla transpozycji naczyń; z wypukowych objawów — stłumienie, odpowiadające rozszerzonej tętnicy płucnej i rozszerzenie prawego serca; garb sercowy; wyczuwalność szmerów; cechy rentgenologiczne — znaczenie prześwietlań w skośnych pozycjach, rozszerzenie łuku tętnicy płucnej, objaw Valsalvy przy ductus Botalli, objaw Deneckego, zmiany przy stenozie *isthmus;* zmiany elektrokardjograficzne i ich powstawanie; cechy tętna — objaw Sokołowa; cechy ciśnienia tętniczego i żylnego; wartość fonokardjogramu.

Kol. H. Kryszek przedstawia cztery przypadki *wad wrodzonych serca.* Przypadek I.: Chory J., lat 34, robotnik — *otwarta przegroda międzykomorowa (Maladie de Roger).*

Objawy kliniczne wysłuchowo: szmer skurczowy, o charakterze przepychającego się strumienia, wyczuwalny, zlokalizowany

w środkowej części mostka. Drugi ton nad tętnicą płucną słyszalny, bez akcentacji. Opukowo — rozszerzenie miernego stopnia pr. granicy serca. Rentgenologicznie — objaw Deneckego. Brak sinicy. Całkowita wydolność mięśnia sercowego przy atletycznej budowie ciała.

Przypadek II.: Chora A., lat 37, robotnica — *isthmus stenosis*. Wysłuchowo — szmer skurczowy, długi, bardzo szorstki; wyczuwalny; zlokalizowany w II. i III. międzyżebrzu prawem tuż przy linji mostkowej. Drugi ton nad tętnicą główną silnie akcentowany. Opukowo — rozszerzenie l. granicy serca; podnoszące uderzenie koniuszkowe. Rentgenologicznie — szeroka tętnica wstępująca; szeroki łuk; wąski *isthmus*. Brak krążenia kolateralnego. Brak sinicy. 7 porodów. Wydolność mięśnia sercowego dostateczna.

Przypadek III. Chory Sz. l. 17, uczeń — *zwężenie tętnicy płucnej*. Wysłuchowo — szmer skurczowy nad tętnicą płucną; II. ton nad tętnicą płucną słabo słyszalny; szmer przenosi się ku tyłowi. Wypukowo — rozszerzenie praw. granicy serca.

Rentgenologicznie — nieznaczne wypuklenie łuku tętnicy płucnej i rozszerzenie prawej granicy serca. Sinica. Hyperglobulia 6.800.000 erytrocytów, scoliosis. Męczy się przy chodzeniu. W prawem płucu rozpadowa gruźlica.

Przypadek IV. Chory S., lat 11, uczeń — *Ductus Botalli apertus*. Wysłuchowo — szmer skurczowy, wyczuwalny, w II. lewem międzyżebrzu. Dudniąca akcentacja drugiego tonu płucnego. Szmer skurczowy i rozkurczowy w IV. lewem międzyżebrzu na ograniczonej przestrzeni. Opukowo — stłumienie Gerhardta. Rentgenologicznie — silne wypuklenie łuku tętnicy płucnej. Sinica. Częste bicie serca. Męczy się przy chodzeniu.

7) Kol. A. B e n d e r przedstawia *dwa przypadki wad wrodzonych serca*.

Przypadek I. Chory, l. 22, robotnik, dawniej roznosiciel gazet. Żadnych dolegliwości sercowych, żadnych objawów dekompenzacji. Czuje się zdrów. Ciśn. 125/0. Cor powiększone — lewe i prawe. Nad środkiem mostka wybitnie głośny o charakterze szorstkim o jednakowem natężeniu przez całą systolę szmer skurczowy, słyszalny w pewnem oddaleniu od klatki piersiowej i doskonale (jako „fremissement catair“) wyczuwalny. Nad koniuszkiem wzmagający się w kierunku punktu „Erba“, gdzie jest najwyraźniej słyszalny — szmer rozkurczowy protodiastoliczny długi, lejący, decrescendo. Roentgen — wypuklenie łuku tętnicy płucnej i objaw Deneckego. Rozpozn. *Ubytek w przegrodzie międzykomorowej dość dużego stopnia i wrodzona* (?) *niedomykalność zastawek półksiężyc. aorty* (Przypadek zostanie dokładnie opisany).

Przypadek II. Chora lat 19. Wybitna sinica twarzy; pałeczkowate palce o ciemnosinem zabarwieniu. Kapilaroskopowo kolosalny zastój żylny. Polycythaemia secundaria (9.600.000 krwinek czerwonych w 1 mm^3). Duszność przy chodzeniu; przemijające okresowo obrzęki kończyn dolnych. Sinica od urodzenia. Wypukowo serce nie powiększone. Szmer skurczowy dość szorstki o średniem natężeniu nad tętnicą główną i trochę ku dołowi wzdłuż prawego brzegu mostka. Poza tem tony czyste. Rentgenologicznie

silne rozszerzenie aorty ascend., duże zwężenie w isthmus aortae. Brak guzika aorty. Brak krążenia kolateralnego. Rozpoznanie: *Isthmus stenosis aorty w połączeniu z ubytkiem międzykomorowym plus ewentualne przemieszczenie częściowe dużych pni naczyniowych (transpositio vasorum).*

8) Kol. I. Grynberg przedstawia przypadek wrodzonej wady serca: 16 letnią dziewczynkę z wybitną sinicą, pałeczkowatemi palcami i paznokciami o kształcie szkiełek zegarkowych, o słabym rozwoju ogólnym. Objektywnie stwierdza się rozszerzenie wymiarów serca znacznego stopnia we wszystkich kierunkach. Wysłuchowo: szmer skurczowy w III. międzyżebrzu i w środkowej części mostka; koci mruk nad tętnicą płucną. Rentgenologicznie — wybitne powiększenie łuku tętnicy płucnej i rozszerzenie serca w obydwu wymiarach. Rozpoznanie: *Stenosis arteriae pulmonalis plus luka w przegrodzie komorowej.*

9) Kol. L. Szyfman przedstawia przypadek wrodzonej wady serca: 24 letni młody człowiek, cierpi od wczesnego dzieciństwa: często występują obrzęki kończyn dolnych. W płucach stwierdza się zmiany swoiste w okol. podobojczykowej lewej.

Polycythaemia; OB 24 godzin. Przy wysłuchiwaniu nie stwierdza się żadnych szmerów. Roentgen: rozszerzenie prawego przedsionka i prawej komory znacznego stopnia i nieznaczne rozszerzenie lewej komory. *Rozpoznanie waha się pomiędzy: Stenosis arteriae pulmonalis plus luka w przegrodzie komorowej lub defectus septi plus transpositio vasorum.*

W dyskusji nad odczytem kol. Kryszka i pokazami kol. Szyfmana, Kryszka, Bendera i Grynberga kol. Mogilnicki zwraca uwagę na lukę w odczycie kol. Kryszka, mianowicie kol. Kryszek nic nie wspomniał o wadach wrodzonych serca u dzieci, nic nie mówił o rokowaniu przy tem cierpieniu. Zapytuje prelegenta, czy możliwem jest wyleczenie wrodzonej wady; sam widywał przypadki, w których w 4—5 dniu po urodzeniu wysłuchiwał szmery, które w następstwie znikały. Kol. Gliksman podkreśla różnicę charakteru szmerów w wadach wrodzonych i nabytych; w pierwszych — szmer ma charakter jednolity, w nabytych — jest o wzrastającem natężeniu lub zmniejszającem się natężeniu; następnie zwraca uwagę na spotykany często kaszel o charakterze krztuśćcowym; zapytuje, czy nie stosuje w celu leczniczym rentgenowskich naświetlań. Kol. Herszfinkiel widział szereg przypadków, w których w ciągu pierwszych miesięcy życia szmerów nie było słychać, a szmery zjawiały się dopiero później; zwraca uwagę na jednoczesny niedorozwój narządów przy wrodzonych wadach serca oraz na zwyrodnienie niektórych narządów. Często spotyka *Idjotismus Mongoloideus.* Kol. Weinberg mówi, że odczyt nasuwa szereg tematów do dyskusji. Wspominamy brak sinicy przy luce w przegrodzie komorowej często spotyka się i przy otwartem foramen ovale. Łuk arteriae pulmonalis w rentgenografji widzi się i przy chorobie Roger'a i przy zwężeniu tętnicy płucnej.

Kol. Weinberg zwraca uwagę na to, że prelegent mało mówił o leczeniu; zdaniem kol. Weinberga należy przy dekompenzacji podawać naparstnicę. W chorobie Roger'a Roentgen wykazuje serce

o kształcie okrągłym; rokowanie zawsze w tem cierpieniu jest poważne. Kol. Hurwicz przypuszcza, że często nie odróżnia się wad wrodzonych od nabytych, sam bowiem na 300 sekcjonowanych noworodków stwierdził 4 przypadki wad wrodzonych: 3 foramen ovale i jeden defectus septi. Kol. Jelenkiewicz podkreśla, że nie jest trudnem rozpoznanie istniejącej wady wrodzonej, trudnem jest zanalizowanie charakteru wady; referent zdaniem kol. Jelenkiewicza przepuścił widocznie wzmiankę o hypoplasji układu krążenia przy wrodzonych wadach serca. Kol. Kryszek w odpowiedzi przyznał, że rzeczywiście mało mówił o dzieciach; rozpoznawanie charakteru schorzenia u osesków jest prawie niemożliwe; rokowanie przy niepewnem rozpoznaniu jest trudne; pewnem jest tylko, że rokowanie jest tem gorsze, im wcześniej występuje sinica i sama wada; nie znalazł w piśmiennictwie odpowiedzi na to, by istniejące foramen ovale później zarastało, niema przytem w myślach małej szczeliny, która może być fizjologiczną. Choroba Rogera nie daje sinicy. Serce okrągłe zależne jest od stopnia i wielkości ubytku w przegrodzie międzykomorowej.

Protokół posiedzenia z dnia 24 września 1930 r.

1. Kol. Mittelstaedt wygłosił referat pod tytułem: *„Sprawozdanie za rok 1929 Oddziału Szpitalnictwa Magistratu m. Łodzi"*. Odczyt był ilustrowany 56 przeźroczami. Praca ukaże się w druku.

W dyskusji nad referatem zabierali głos kol. kol.: Ładyński, Mikłaszewski, Prechner, Kryszek, Goldblum, Rosiewicz, Dutkiewicz, Mierzyński i referent.

W toku dyskusji nad referatem kol. Ładyński proponuje utworzenie przy Towarzystwie Lekarskiem Sekcji lekarzy sanitarnych i administracyjnych.

Kol. Ładyńskiemu zaproponowano wystąpienie na Ogólnem Zebraniu członków Towarzystwa z odpowiednim projektem.

2. Kol. Fajwlewicz w zastępstwie kol. Szyfmana przedstawia *preparat wątroby przypadku ostrego żółtego zaniku wątroby* z oddziału szpitalnego Sterlinga. W przypadku tym wywiady z dużem prawdopodobieństwem wskazują na etiologię schorzenia, mianowicie zatrucie pokarmowe nieświeżą kiełbasą oraz na rodzinną zmniejszoną wydolność schorzałego narządu, ponieważ matka i dwoje rodzeństwa umiera z powodu schorzenia wątroby. Przebieg kliniczny typowy, zwłaszcza w okresie końcowym, bardzo ciężkim z dominującemi objawami zaatakowania ośrodkowego układu nerwowego. Rozpoznanie zostaje potwierdzone danemi z sekcji zwłok oraz badaniem histopatologicznem skrawka wątroby, zbadanego w Zakładzie Anatomji Patologicznej Uniw. Warszawskiego. (patrz P. G. L. W. 4. 1931).

Protokół posiedzenia z dnia 8 października 1930 r.

1. Kol. T. Mogilnicki wygłosił referat p. t.: *„Kongres międzynarodowy pedjatryczny w Sztokholmie i zagadnienia sanitarno-społeczne w Szwecji"*.

Protokół posiedzenia z dnia 22 października 1930 r.

1. Kol. Grosglik pokazuje 65-letnią chorą z histologiczną diagnozą: *lymphosarcomatosis generalisata Kundrat*. Wobec jednak braku wszelkiej skłonności do zagarniania sąsiednich narządów, wobec przebiegu gorączkowego, wobec limfomicznego charakteru krwi, tak nie licujących z mięsakiem limfotycznym, kol. G., wbrew wynikowi histologicznego badania, rozpoznaje *subleukemiczną limfadenozę* ewent. *limfogranulomatozę*. Obraz histologiczny stwierdzony w tym przypadku (mianowicie: zatarta budowa gruczołu, utkanie z komórek podobnych do limfoblastów, dość obfite naczynia wirowate, tu i ówdzie cienka siateczka) wydarza się również w zwykłym przeroście albo w gruczole zajętym przez wczesny proces limfogranulomatyczny. Materjał do badania należy brać z okolic z dobrze posuniętym procesem chorobowym. Leczenie nikłemi dawkami Roentgena: poprawa wielka. Uzupełnienie. Ostatnie badanie krwi wykazało jeszcze większą limfocytozę (76%) wobec 20% obojętnochłonnych i 3% eozynofilów.

2. Koledzy Bemer i Grosglik pokazują 60 letniego mężczyznę, który od 2 lat ma bóle silne w piersiach, kaszel męczący, duszność, od czasu do czasu krwioplucie, a od 1/2 roku chudnie. Badanie kliniczne: 1) lewe płuco: stłumienie na całej przestrzeni, swoisty oddech stridorowy; 2) prawe płuco: stłumienia brak, lekkie zrosty. Koch ujemny. Rentgenoskopja: po stronie lewej zrosty u podstawy; intensywne zaciemnienie całego lewego płuca z wyjątkiem pola szczytowego i kąta przeponowo-żebrowego. Zaciemnienie nazewnątrz nieostro odgraniczone, wzmaga się w kierunku wnękowym. Z uwagi na dodatniego Wasserm. krwi, chory był leczony, jako *Lues III pulmonum*, wszakże bez powodzenia; coprawda, leczenie nie było dość energiczne. Zgodnie z Sauerbruchem, kol. B. i G. uważają obraz kliniczny i rentgenologiczny za bardziej przemawiający za *guzem płuca*. Pod wpływem leczenia promieniami Roentgena chory czuje się lepiej.

3. Kol. Sokołowski przedstawił chorego z *sympatycznem zapaleniem oczu*. Chory przed 20 laty stracił wzrok na jednem oku; obecnie poczuł ból w tem chorem oku, a po 3 tygodniach zaczął źle widzieć na drugiem oku i nastąpiło zapalenie oka drugiego. W związku z demonstrowanym przypadkiem kol. Sokołowski wspomina o innym podobnym przypadku, kiedy po urazie podczas pożaru jednego oka nastąpiło wypadnięcie tęczówki; wygojenie po 2-ch tygodniach, po 3-ch zaś tygodniach — zjawił się ból w oku drugiem. Przebieg takich zapaleń sympatycznych oczu uważa kol. Sokołowski za dowód tego, że przyczyną zapalenia nie jest przejście przez *rami nervorum opticorum* drobnoustrojów, lecz że przyczyną zapalenia jest jakaś skaza, jak to widzimy naprz. przy gośćcu.

4. Kol. Sokołowski przedstawia chorą z *gruźlicą oka*, którą leczył ze znakomitym skutkiem zapomocą tuberkuliny (wcierania ectebiny). Zdumiewający rezultat leczenia zmusza go

do postawienia pytania, dlaczego nie stosuje się częściej tuberkuliny przy leczeniu gruźlicy oczu i innych narządów.

W dyskusji nad pokazami kol. Schweig uważa, że pierwszy demonstrowany przypadek jest nadzwyczaj ciekawy, gdyż w literaturze niema wzmianki by sympatyczna oftalmja wystąpiła po 20 latach. Peters opisuje przypadek, kiedy wystąpiła oftalmja po 18 latach. Teorja o przejściu zapalenia przez *chiasma* jest obecnie zarzucona; przypuszcza się istnienie zdolności zachorowania drugiego oka, ale musi bezwarunkowo nastąpić uraz, gdzie niema urazu nie będzie to sympatyczne zapalenie, a inne schorzenie.

Kol. Tenenbaum przypomina, że przy Magistracie m. Łodzi istnieje od 12 lat Sekcja do Walki z Gruźlicą, w której stosuje się tuberkulinę również i w przypadkach schorzeń ocznych, zarówno jak i przy schorzeniach innych narządów. Do Sekcji kierują prawie wszyscy oftalmolodzy chorych. Najlepsze wyniki przy stosowaniu tuberkuliny dają właśnie schorzenia oczne.

5. Kol. Klozenberg przedstawia chorego J. W., lat 33, który cierpi od lat kilku na coraz silniejsze bóle głowy, od $^{1}/_{2}$ roku na postępujące osłabienie wzroku w oku lewem. Badanie oczu w lipcu przez kol. Schweiga: znaczne zblednienie tarczy p. nerwu wzrokowego z koncentrycznem zwężeniem pola widzenia. Dalsze wywiady wykazały: osłabienie siły płciowej od lat 3, silne pragnienie, znaczny przyrost wagi ciała od lat kilku. Przedmiotowo obecnie stwierdza się: bardzo duże stopy i dłonie typu akromegalicznego, otyłość z umiejscowieniem tłuszczu typu kobiecego, gynecomastia. Badanie rentgenologiczne (kol. Keilson) stwierdziło znaczne pogłębienie siod. tureckiego ze zniszczeniem *dorsi Sellae turc.* i dużym cieniem zwapnienia nad i wtył od środka. Ponowne badanie oczu przez Kol. Schweiga wykazało na oku prawem *hemianopsia temp.* z ograniczeniem częściowem pola widzenia zwłaszcza od dołu, na lewem oku ograniczenie od góry, od dołu i od skroniowej strony nieznaczne, natomiast kolory rozpoznaje na małej wysepce parametralnie w nosowej połowie pola wzrokowego. Lewa tarcza b. blada. VD 6/9; VS $= \frac{6}{18}$. Mamy więc do czynienia z dużym *nowotworem siodła tureckiego,* dającym *objawy poronne akromegaliczne* jak *i objawy dystrofji adiposogenitalnej typu Fröhlicha.*

6. Kol. Pik przedstawił 2 chorych z oddziału neurologicznego Szpitala Miejskiego na Radogoszczu pod Łodzią.

1) Chory B. W., lat 28. Początek choroby obecnej w 16 roku życia: powolne i postępujące zanikanie mięśni kończyn dolnych od stóp w górę do podudzi i częściowo ud. Równolegle z zanikami występowało osłabienie coraz to znaczniejsze kończyn dolnych. W roku 1921 operacja stóp, która miała na celu ustawienie stóp z pozycji końskiej niewygodnej w normalną. W r. 1925 proces zanikania mięśni przechodzi również na górne kończyny i atakuje mięśnie małe. Poza tem anamneza bez znaczenia. Stan objektywny — nerwy czaszkowe bez zmian. W narządach wew-

nętrznych zmian się nie stwierdza. Objawy chorobowe dotyczą jedynie kończyn górnych i dolnych. Kończyny górne: zaniki mięśni *thenar i hypothenar, interossei, lumbricoides,* mięśni przedramienia, wyżej zaników nie stwierdza się. Siła mięśniowa odpowiednio osłabiona. Kształt dłoni małpiej. Odruchy jedynie *triceps* zachowane, gdzieniegdzie drżenie włók. Czucie zachowane. Kończyny dolne — wybitne zaniki mięśni stóp, podudzi i nieco mniejsze uda i pośladków. Siła mięśniowa nieznacznie zachowana w stawach kolanowych, nieco więcej w stawach biodrowych. Ustawienie stóp jak w porażeniach obwodowych. Odruchów mięśniowych patolog. brak. Elektrodiagnoza: częściowy odczyn zwyrodnienia. Płyn i krew bez zmian. Czucie zachowane. Rozpoznanie: *atrophia musculorum spinalis progressiva, typ Charcot-Marie.*

2) Chory m. lat 36, elektrotechnik. Początek nagły przed 2 miesiącami z ciepłotą do 38,5°, dreszczami, bólem głowy, darciem w kończynach górnych i dolnych, kilka dni później bezwład oraz obrzmienie kończyn zwł. dolnych. *Venus et excessus in Baccho negantur.* Stan objekt. Ze strony nerwów czaszkowych brak zmian. W narządach wewnętrznych brak zmian. Ciepłota obecnie prawidłowa, w chwili przybycia do szpitala i jeszcze przez 2 tygodnie ciepłota zmienna do 38,5 najwyżej. Kończyny górne — lekkie zaniki *m. interossei lumbricoides* oraz mięśni przedramieni; siła mięśniowa upośledzona znacznie, ruchy czynne jednak wykonywa. Odruchy ścięgniste zniesione. Czucie: bardzo nieznaczne — *Hypaesthesia.* Kończyny dolne — sinawe zabarwienie podudzi, ud oraz obrzmienie zapalne tych okolic. Uciskanie mięśni lub lekkie chwytanie kończyn dolnych jest bardzo bolesne. Ucisk na punkty nerwowe niebolesny. Siła mięśniowa obecnie jeszcze bardzo osłabiona (na początku — zupełny bezwład), odruchy ścięgniste zniesione (patologicznych brak). Czucie: lekka *hypaesthesia* w porównaniu ze stroną przeciwną. Pobudliwość nerwów na prąd prawie normalna, mięśni bardzo osłabiona. Rozpoznanie: *polyneuro-myositis acuta rheumatica.*

6. Kol. B. Frenkiel przedstawia dwa przypadki *pseudosklerozy:* mężczyznę 26 letniego, choroba trwa 3 lata, objawy typowe, pierścień Kajzer-Fleischera. Próba galaktozowa — ujemna, i

kobietę 29 letnią, choroba trwa 9 lat, objawy typowe, pierścień Kajzer-Fleischera, próba galaktozowa — ujemna, wątroba znacznie powiększona o nierównej powierzchni.

Po omówieniu historji naszych wiadomości o pseudosklerozie i o chorobie Wilsona i o ich anatomicznym podkładzie, szczegółowo omawia podobieństwa i różnice kliniczne i histologiczne, stojąc na stanowisku unitarystycznem i przyłączając się do poglądów o toksycznem pochodzeniu choroby. Omawia poglądy Bostraema, Bielschawsky'ego, Sioli, Mahaima. Przytacza doświadczenia Mahaima, Kirschbauma, Willemiego (zastrzyki alkoholowe do przewodów żółciowych). Podkreśla zagadnienia wrażliwości wybiórczej komórek putamen i wiąże je z pojęciami *„lokale Vulnerabilität"* Spielmayera i „patoklizą" Vogta. Z kolei omawia szczegółowo badania nad pierścieniem Kajzer-Fleischera streszczając ostatnie prace Vogta

i podając wyniki badań anatomicznych i chemicznych (K a r g e r a) przypadku pseudosklerozy (Eliza U t z i n g e r). Z kolei podkreśla jako cechę zasadniczą różniącą obie choroby, fibroplastyczną zdolność gleju, wybitnie wyrażoną w pseudosklerozie i nieuwydatnioną w przypadkach W i l s o n a. Wypowiada przypuszczenie, iż zdolność ta jest cechą ustrojową, warunkującą różny przebieg kliniczny tej samej choroby. Przytacza analogiczne procesy w gruźlicy, a przedewszystkiem w syringomyelji, która wraz z pseudosklerozą zaliczana jest do glioz pierwotnych *(gliose primitive cryptogénétique).*

W dyskusji nad odczytem kol. F r e n k l a zabierali głos kol.: R. B o r n s t e i n, K l o z e n b e r g, A. M a r g o l i s i p r e l e g e n t.

P r o t o k ó ł w i e c z o r u s e m i n a r y j n e g o z dnia 29-ego października 1930 r.

1. Kol. J. M a r z y ń s k i wygłosił referat z zagadnień medycyny społecznej pod tytułem *„Walka z rakiem"*.

Prelegent przedstawił obecny stan wiedzy o raku: rozpowszechnienie i stały wzrost śmiertelności, powstawanie raka, momenty usposabiające — drażnienia mechaniczne, termiczne i chemiczne, wpływy: odżywiania, zawodu, nałogów — (alkohol, nikotyna), znaczenie gruntu i wody w powstawaniu raka, wpływ rasy, cywilizacji, rola dziedziczności, zaraźliwość raka.

Walka z rakiem polega na uświadamianiu, zapobieganiu, leczeniu i opiece, w tym celu należy pouczać, że rak wcześnie rozpoznany może być leczony w wielu przypadkach z dobrym wynikiem i wskazywać sposoby zapobiegawcze, mianowicie: tworzenie higjenicznych warunków życia, zwalczanie nałogów, zabezpieczanie pracowników od szkodliwości zawodowych i szerzenie zasad profilaktyki indywidualnej. Chorych należy kierować do odpowiednich zakładów leczniczych, otwierać w szpitalach oddziały specjalne do leczenia radem i Roentgenem, względnie budować szpitale dla chorych na raka i przytułki dla nieuleczalnych.

W dyskusji nad referatem zabierali głos koledzy F r e n k i e l, G l i k s m a n, K l i n g e r, Ł a d y ń s k i, M i t t e l s t a e d t i r e f e r e n t.

P r o t o k ó ł p o s i e d z e n i a z dnia 5 listopada 1930 r.

1. Kol. K n i c h o w i e c k i wygłosił referat pod tyt.: *Leczenie pląsawicy nirwanolem* (ukaże się w druku).

W dyskusji. Kol. F r e n k i e l. W szpitalu Anny Marji jest wyjątkowo obfity materjał pląsawicy. Pląsawica nawet nieleczona przechodzi zupełnie, dlatego wyniki leczenia nirwanolem nie są przekonywujące, stosowanie nirwanolu skraca chorobę (14 dni). Czy występują nawroty? zdaje się, że tak. Leczenie to nie jest niebezpieczne, w dobrych warunkach może być stosowane i w mieszkaniu chorego. Kol. M o g i l n i c k i obserwował 1 przypadek silnej pląsawicy, która ustąpiła po zachorowaniu pacjenta

na grypę i zapalenie płuc. Przypuszcza, że nirwanol nie jest lekiem swoistym, wywołuje tylko wstrząs organizmu, który działa leczniczo na pląsawicę. Kol. Kryszek zapytuje o częstość powikłań sercowych przy pląsawicy i ich stosunek do nirwanolu. Kol. Sterling. Wszystkie leki, wywołujące wysypki, działają jako antygen, łącząc się z białkiem ustroju, w ten sposób tworząc „obce ustrojowi białko". Kol. Klozenberg obserwował po stosowaniu nirwanolu przejściowe zanikanie odruchów. Kol. Knichowiecki. Leczenie siarką jest bardzo bolesne; nirwanol bólów nie wywołuje. Nawrót dotychczas obserwował jeden, dane z literatury wskazują, że nawroty są rzadkie. Obawiałby się stosować nirwanol po za szpitalem ze względu na zachodzące zmiany we krwi i występujący czasami silny odczyn. Wady serca zdarzają się mniej więcej w 40% przypadków, nirwanol na nie nie wpływa. Przypuszcza, że przestrojenie organizmu jest czynnikiem leczniczym przy stosowaniu nirwanolu.

2. Kol. Hellwig wygłosił referat: *„O osteopoikilji"* z pokazem rentgenogramów (ukaże się w druku).

Protokół posiedzenia z dnia 19 listopada 1930 r.

1. Kol. Reiterowski: *„Wskazania kliniczne i społeczne do stosowania odmy sztucznej i wyniki leczenia"*, (ukaże się w druku).

2. Kol. Poznański i Kokotek: *„O chorobie Banga"*. (patrz P. G. L. Nr. 1. 1931).

W dyskusji. Kol. Załęski. W Polsce pomimo licznych badań surowic krwi na aglutynację pał. Banga, tylko w 2 przypadkach stwierdzono dotychczas odczyn dodatni. Kol. Knichowiecki zapytuje, czy po przebytej chorobie długo trwa uodpornienie. Kol. Jelenkiewicz: czy badanie serologiczne jest zupełnie pewne dla stwierdzenia tej choroby. Kol. Kokotek. Wobec tego, że choroba opisana została niedawno, nie wiadomo jeszcze, jak długo trwa odporność. Objawy kliniczne pozwalają przypuszczać istnienie tej choroby, badanie serologiczne istnienie jej potwierdza. Wysokie miano aglutynacji uważać należy za specyficzne.

Protokół posiedzenia z dnia 26 listopada 1930 r.

1. Kol. Schweig: *„Walka z jaglicą podług danych ostatniego międzynarodowego kongresu oftalmologicznego"* (praca ukaże się w druku).

W dyskusji. Kol. Ładyński komunikuje, że projektuje się założenie w Województwie Łódzkiem zakładu leczniczego dla jaglicy w Wolborzu. W województwie istnieje obecnie 50 punktów do walki z jaglicą. Państwo ponosi duże ciężary, wypłacając rentę inwalidom jagliczym, dlatego uważa, że lepiej chorych na jaglicę do wojska nie wcielać. Departament wyznacza na cel walki z jaglicą 10.000 zł. Kol. Garliński. Na afiszach propagandowych walki z jaglicą w tramwajach wydrukowano, że jaglica nieleczona prowadzi zawsze do ślepoty, co jest niezgodne

z prawdą, bo zdarzają się przypadki samowyleczenia. Na Węgrzech chorych na jaglicę przyjmuje się do wojska i wcielają ich do specjalnych oddziałów jagliczych, gdzie pozostają aż do wyleczenia. Łódzkie szkoły powszechne dla dzieci jagliczych nie stoją na wysokości zadania pod względem higjeny. Do szkół takich należałoby kierować tylko dzieci z jaglicą czynną. Kol. J. Margolis podkreśla celowość objazdów zakładów zamkniętych celem badania oczu; w niektórych zakładach znalazł bardzo duży odsetek chorych na jaglicę; po zastosowaniu leczenia odsetek ten przy powtórnej wizycie kontrolnej był już znacznie mniejszy. Co do służby wojskowej, to uważa, że chorzy na jaglicę, otrzymujący odroczenie celem leczenia, powinni być leczeni przymusowo. Kol. Słobodski. W szkołach dla jagliczych przebywają dzieci przeważnie nie dłużej jak 1 rok. Warunki higjeniczne w tych szkołach nie są wcale tak złe. Kol. Schweig. Afisze w tramwajach uważać należy za agitacyjne, groźby muszą być nieco przesadzone, żeby więcej osób zgłaszało się do przychodni na leczenie. Do szkół dla jagliczych dzieci kwalifikuje 2 lekarzy specjalistów, leczenie w tych szkołach odbywa się bardzo pomyślnie, przeważnie po roku dzieci już są wyleczone. Pomieszczenia tych szkół pozostawiają dużo do życzenia, jednak lepszych lokali znaleść nie można. Wśród poborowych ilość jaglicy zmniejsza się z każdym rokiem.

Protokół posiedzenia z dnia 3. XII. 1930 r.

Demonstracje chorych.

I. Kol. Sonnenberg przedstawia 26 letniego mężczyznę, który przybył do szpitala św. Aleksandra przed 2 tygodniami *ze zgorzelą napletka, jako powikłaniem wrzodu pierwotnego*. W chwili przybycia do szpitala zgorzel nie była jeszcze umiejscowiona. Z terenu, objętego zgorzelą, wydzielała się ciecz cuchnąca. Stan ogólny był ciężki. Na skórze: *exanthema papulosum, ecthyma*. Rozpoczęto leczenie ogólne, a miejscowo — zabiegi przeciwgnilne. Po kilku dniach linja demarkacyjna. Po oddzieleniu się napletka stan ogólny się poprawił. Wyhodowano (Dr. T. Załęski): *bact. pyocyaneum* i *proteus*. (Streszczenie własne).

II. Kol. Sonnenberg przedstawił 50 letniego *tabetyka z rozległemi zmianami na skórze*, o postaci wrzodziejącej (niesztowica i brudzica). Przypadek ten budzi zainteresowanie dlatego, że stanowi na tle antagonistycznego ustosunkowania się tego rodzaju wykwitów do metaluesu — zjawisko niezwykle rzadkie. Kiła od 16 lat. Uwiąd rdzenia od kilku lat. Wykwity na skórze od 6 tygodni. Płyn mózgowo-rdzeniowy: Wassermann = 0,1 ++++, Pandy = dodatni, Białko = 1,4%. (Streszczenie własne).

III. Kol. Sonnenberg przedstawił 30 letniego mężczyznę ze zniekształceniem włosów pod pachami: *Trichomycosis palmellina Pick*. Wzdłuż łodygi włosa, w odległości kilku centymetrów od skóry ciągną się masy zbite, twarde, suche, o powierzchni szorstkiej, pokryte jakby drobniutką ziarniną. Masy te opasują włos do-

koła i tworzą zgrubienie, które z trudnością można zdrapać. Na niektórych włosach obok powyższej postaci rozlanej znajduje się zgrubienie w postaci szeregu bryłek, ułożonych na włosie w odstępach krótkich. Przypominają one sznurek nawleczonych paciorków. Są usadowione na włosie mimośrodkowo i nie dają się wzdłuż włosa przesuwać.

W r. 1898 przypadek takiego cierpienia został przez kol. Sonnenberga szczegółowo zbadany i opisany. („Monatshefte für praktische Dermatologie" B. XXVII. 1898 i „Medycyna" 1898 Nr. 24 i 25). Hodowla, dokonana w laboratorjum kol. M. Silberstroma, stwierdziła drobnoustroje w postaci dwoinek.

Kol. Sonnenberg pokazuje fotografję, na które zniekształcenie włosów jest wielokrotnie zwiększone. (Streszczenie własne).

IV. Kol. Kryński: *Naświetlanie promieniami Roentgena okolicy rdzeniowej przy niektórych schorzeniach skórnych"* (praca ukaże się w druku).

W dyskusji nad odczytem kol. Kryńskiego —

Kol. Sonnenberg. Nie ulega wątpliwości, że naświetlanie promieniami Roentgena okolicy rdzeniowej, czy to w postaci metody Gonin'a, czy Pautrier'a, prowadzi w niektórych cierpieniach skóry do celu, wywierając w wielu przypadkach efekt leczniczy. Jeśli % niepowodzeń w leczeniu jest dziś jeszcze duży — to nic dziwnego: przecież metoda jest jeszcze nowa, nawet mechanizm jej działania nie jest jeszcze zupełnie wyświetlony. Należy więc przypuszczać, że wraz z udoskonaleniem metody procent ten będzie się zmniejszał.

W dalszym ciągu podkreśla kol. S. kilka okoliczności, które pozostają w związku ze sprawą, o której mowa. Mówi o notowanych po stosowaniu tej metody obostrzeniach wykwitów czerwonego liszaja płaskiego, które stają się obfitszemi, co bardzo przypomina odczyn Jarisch-Herxheimer'a. Kolega S. wspomina o recydywach wykwitów i zwraca uwagę na komunikowane fakty, iż w przypadkach, kiedy stosowanie tej metody zawodzi, ustrój staje się bardzo opornym na stosowanie zwykłej terapji.

Jeszcze na jedną okoliczność zwraca kol. Sonnenberg uwagę. Oto stosowanie omawianej metody w sposób nieoczekiwany, zupełnie przypadkowo, przyczyniło się do wyjaśnienia pewnej kwestji spornej w dermatologji. Hufschmitt pierwszy zauważył u chorej, dotkniętej czerwonym liszajem płaskim, u której na goleni był jednocześnie lichen corneus, że pod wpływem stosowania omawianej metody czerwony liszaj ustąpił, a liszaj rogowy — nie ustępował. Spostrzeżenie to zostało następnie potwierdzone przez innych. Kol. Kryński w swoim wyczerpującym odczycie również zaznacza oporne zachowanie się promieni przy liszaju rogowym. A ponieważ niektórzy uczeni francuscy zapatrują się na lichen córneus nie jak na odmianę czerwonego liszaja płaskiego, jak to czyni większość, lecz widzą w nim nienormalne zliszajowacenie, które może wikłać zarówno czerwony liszaj, jak i inne dermatozy, to takie odrębne, wybiórcze zachowanie się promieni R. w stosunku do lichen rub. planus, a niedziałające przy lichen corneus, świadczy o tem, że między temi postaciami niema pokrewieństwa nozologicznego. To

zachowanie się więc promieni w danym wypadku stanowi argument na korzyść tych poglądów, które odgraniczają od siebie te dwie sprawy chorobowe i na stronę tych właśnie poglądów przechyla sporną kwestję. (Streszczenie własne). Kol. Frenkiel zapytuje, dlaczego prelegent wybrał pewne pola do naświetlania i czy naświetlanie końcówek nerwowych działa podniecająco czy porażennie. Kol. Klozenberg. Jakie dawki stosowano w przypadkach, gdzie występowały recydywy. Kol. Kryński. Obostrzenia spotykał tylko w początkach przy stosowaniu silniejszych dawek. Nie uważa, żeby w przypadkach, gdzie naświetlanie zawodzi, stosowanie innych metod leczniczych było utrudnione. Pola naświetlania wybierał celem rónowmiernego podziału energji świetlnej. Czy naświetlanie działa hamująco, czy drażniąco, jest to jeszcze sprawą nierozstrzygniętą. Metoda jest pośrednia, bo nie naświetla bezpośrednio chorych miejsc na skórze, lecz pewne segmenty rdzenia.

Protokół posiedzenia z dnia 17. XII. 1930 r.

I. Kol. A. Margolis wygłosił odczyt pod tyt.: *„Gruźlica w Łodzi"*. (Ukaże się w druku).

W odczycie bogato ilustrowanym przeźroczami tablic statystycznych prelegent zobrazował stan gruźlicy w Łodzi oraz walkę z nią i jej wyniki.

Dyskusja.

Kol. Reiterowski. Lepsze uposażenie robotników wpłynęłoby dodatnio na stan mieszkaniowy i tem samem na szerzenie się gruźlicy. Kol. Ładyński. Walka z gruźlicą daje wyniki realne. Statystyka nowojorska wykazuje zmniejszenie się zgonów od gruźlicy w latach ostatnich, natomiast wzrost ilości zgonów od chorób serca. Kol. Frenkiel zapytuje, jak się przedstawia walka z gruźlicą w innych ośrodkach przemysłowych. Kol. Kryszek zapytuje, czy ilość stosowanej odmy sztucznej nie wpłynęła na zmniejszenie się śmiertelności z powodu gruźlicy. Kol. Margolis. Samorząd miasta Łodzi na walkę z gruźlicą wydaje 20% całego budżetu Wydziału Zdrowotności. Danych z innych ośrodków przemysłowych nie posiada. Nie ma również danych co do wpływu odmy sztucznej na śmiertelność od gruźlicy. Dotychczasowa walka z gruźlicą bezwzględnie jest korzystną, niestety wyniki jej znacznie pogarsza brak dostatecznej ilości łóżek szpitalnych i sanatoryjnych. Kol. Mittelstaedt. Gdyby walka z gruźlicą nie była prowadzona, śmiertelność wskutek gruźlicy byłaby znacznie większa.

Sekretarz: *B. Czaplicki.*

W. Pan Dr St. Skalski

Rokicińska 53